

ANNALES

DES MALADIES

DE L'OREILLE, DU LARYNX

DU NEZ ET DU PHARYNX

Publiées par

M. LANNOIS — P. SEBILEAU

H. BOURGEOIS — F.-J. COLLET — E. ESCAT

P. JACQUES — G. LAURENS

L. BALDENWECK — G. CANUYT — J. TERRACOL

RÉDACTEUR EN CHEF

A. HAUTANT

Avec la collaboration de

A. BLOCH — L. DUFOURMENTEL — M. JACOD

J. LE MÉE — A. MOULONGUET — J. RAMADIER

Tome XLIX — N° 6 — Juin 1930

MASSON ET C^{IE}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

OPODERMYL

POMMADE A BASE D'EXTRAITS CUTANÉS
ET EMBRYONNAIRES

Cicatrisant idéal. Toutes dermatoses même aiguës

IMPÉTIGO DES NARINES
ET DU PAVILLON DE L'OREILLE

Échantillons : BENSIMON, 36, rue des Martyrs - PARIS 9^e

Ets G. DUFLLOT (Anc^{no} Maison LÉZY)
Constructeur

Métro : GLACIÈRE 17, Rue Maurice-Mayer - PARIS (13^e) Tél. : Gob. 07-43



Le COMBINOSTAT : Appareil universel du praticien pour : **CAUTÈRE, LUMIÈRE, MASSAGE, CHIRURGIE, AIR CHAUD, INSUFFLATION, ASPIRATION, GALVANIQUE** (sans pulsations), **FARADIQUE**, etc...

DIATHERMIE : " **UNIVERSEL STANDARD** " pour toutes applications en **DIATHERMIE** et **TENSION** ; donne l'étincelle et l'effluvation froides.

ULTRA-VIOLET : La lampe **L. D. G.** spécialement étudiée et conçue pour les applications locales et intra-cavitaires de l'ultra-violet en **O. R. L.**

Toutes notices et renseignements sur demande

NÉS

s

IS 9'

EZY)

. 07-43

du
RE,
UD,
VA-
tc...

EL
ions
onne

. G.
les
s de

ande

MÉMOIRES ORIGINAUX

RAPPORT PRÉSENTÉ A LA SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'O. R. L.
CONGRÈS NATIONAL. PARIS. OCTOBRE 1929

INDICATIONS CRÉNO ET CLIMATO THÉRAPIQUES EN OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE (1)

Par MM.

Henri FLURIN
(de Caunterets)

et

Jacques VIALLE
(de Nice)

Il y a quelque vingt ans, à peine, la médication hydrominérale, la crénothérapie, n'avait guère la faveur des oto-rhinolaryngologistes, et LERMOYEZ pouvait nous dire : « A vous entendre, on croirait ouïr Guy Patin, malmenant il y a trois siècles les nymphes de nos eaux et proclamant : Je dirai que je n'y crois guère et qu'elles n'ont guéri personne... Elles font plus de cocus qu'elles ne guérissent de malades... Elles sont plus célèbres que salubres. »

Les spécialistes de cette époque avaient des excuses ; c'était le moment où l'oto-rhino-laryngologie, prenant sa physionomie propre, empruntait les éléments de son individualité tant à la chirurgie qu'à la médecine. Mais la technique opératoire devait forcément séduire le spécialiste imbu, par définition, d'idées « solidistes », et les « opérateurs » ne pouvaient regarder que d'un œil distrait la thérapeutique hydrominérale tout empreinte d'humorisme. Leurs trois armes favorites, le porte-coton, la curette, le galvanocautère, leur donnaient la certitude de la victoire contre les affections qu'ils avaient à combattre.

C'est aussi dans l'enthousiasme des théories pastoriennes que s'individualisait l'oto-rhino-laryngologie ; la doctrine de l'infection dominait la pathologie des voies respiratoires, projetant sur les maladies de l'arbre aérien une lumière assez décisive, semblait-il, pour donner toujours la clef, non seulement de la pathogénie des troubles morbides, mais encore de leur thérapeutique.

Les médecins thermaux semblaient ainsi se tenir en dehors du mouve-

(1) Ce rapport paraîtra *in extenso* dans les *Archives Internationales de Laryngologie*. Nous en donnons ici le premier chapitre et un résumé des chapitres suivants.

ment médical. Rester fidèle à la notion de « terrain », parler « d'angine gouteuse », de « coryza arthritique », ordonner des cures hydrominérales, c'était revenir aux « humeurs peccantes » et faire machine en arrière.

Er, d'ailleurs, les spécialistes faisaient à la médication thermale un double grief. Ils lui reprochaient son impuissance et sa nocivité.

Au sujet de son *impuissance*, voici ce que LERMOYEZ écrivait en 1911 :

« Evidemment l'activité des eaux minérales apparaît navrante quand les spécialistes la mettent en regard de l'activité triomphante de leur chirurgie. Alors qu'un curetage de cinq à six secondes dégage un naso-pharynx adénoïdien, faut-il admettre que plusieurs saisons thermales, chères aux pu-sillanimes, s'efforcent vainement en pareille besogne ? N'en est-il pas de même quand l'ablation d'un polype d'une corde vocale rend séance tenante la voix à un larynx qui depuis des années promenait son enrouement à travers les sources sulfureuses ?

« A vrai dire, un tel mépris se comprendrait si les neuf dixièmes de nos patients étaient des « chirurgicaux ». Or, tout au moins dans notre clientèle de ville, le rapport est inverse : ce sont, au bas mot, les neuf dixièmes de nos clients qui sont des médicaux, c'est-à-dire des malades justiciables d'un traitement conservateur.

« Ne croyez pas que quand vous avez brûlé des granulations pharyngées, vous avez guéri un gouteux de ses maux de gorge ; non plus que débarrassé un insuffisant rénal de ses écoulements de nez en badigeonnant ses cornets ! N'avez-vous donc jamais vu, comme cela m'est arrivé, une très vieille laryngite chronique disparaître, même sans badigeonnage, quand éclôt une plaque d'eczéma cutané ? Ignorez-vous ces coryzas spasmodiques, qui, d'année en année, alternent avec des crises d'entérite membraneuse ? En réfléchissant à de tels faits, il faut bien accepter, en fin de compte, que la crénothérapie a quelques droits à soigner l'oreille, le nez et le larynx. »

La *nocivité* des eaux minérales n'était pas sans raison invoquée par les oto-rhino-laryngologistes.

Ils nous parlaient de cette clientèle toute particulière, clientèle « retour des eaux », que l'automne amenait dans leurs cabinets : rhinites obstruantes, laryngites irritatives, otites moyennes, etc.

C'est qu'à grand tort, autrefois, les médecins thermaux abusaient de la thérapeutique locale, des douches et grandes irrigations nasales, qu'ils pratiquaient avec des eaux le plus souvent non isotoniques. Ils méconnaissaient aussi l'action néfaste des eaux minérales sur les affections tuberculeuses des premières voies respiratoires. Nous sommes aujourd'hui mieux instruits. Nous savons que, de ces méfaits, il faut incriminer non pas les eaux, mais ceux qui les administraient, et qu'il serait bien injuste de « mettre à la charge d'une religion les erreurs de ses prêtres. »

Aucun de ces arguments, impuissance, nocivité, n'empêchait toutefois les malades, indifférents aux théories du jour, de rester fidèles aux eaux thermales, et de continuer à y chercher un soulagement à leurs maux dans les

cas nombreux où badigeons et curettages avaient glissé sur la muqueuse sans aucunement la modifier.

Comme le dit si justement André MOULONGUET : « S'il n'était besoin que d'une preuve de l'efficacité de la crénothérapie, nous la trouverions dans la fidélité millénaire des patients à cette thérapeutique. »

Aujourd'hui, fort heureusement, l'oto-rhino-laryngologie et la crénothérapie sont parfaitement réconciliées, et elles collaborent dans l'orientation nouvelle de la médecine vers un humorisme rajeuni, modernisé et plus que jamais à l'ordre du jour.

Les spécialistes ne peuvent plus faire aux médecins thermaux qu'un reproche, c'est l'imprécision de la thérapeutique hydrominérale. Il est bien certain que le désir, très naturel en somme, qu'il ont d'achalander le plus possible leur hydropole, leur en fait étendre beaucoup trop les indications.

Notre rapport n'a précisément qu'un but : établir de façon, un peu trop schématique sans doute, mais aussi nette et impartiale que possible, les indications hydrominérales en oto-rhino-laryngologie.

La clinique hydrologique en oto-rhino-laryngologie

Quelques notions de clinique hydrologique, adaptées à l'oto-rhino-laryngologie, nous paraissent tout d'abord indispensables.

Non pas seulement en spécialistes, mais faisant appel à nos connaissances de médecine générale, nous préoccupant plus du « malade » que de la « maladie », nous allons rechercher les éléments d'appréciation clinique qui nous permettront de dire à quel état morbide des voies respiratoires supérieures correspond tel traitement hydrominéral déterminé.

Nous avons groupé sous cinq chefs différents les éléments cliniques qui peuvent nous fournir les renseignements les plus précieux.

1° Solidarité de l'appareil respiratoire. — La technique de l'examen et de l'intervention, qui domine dans les traités d'oto-rhino-laryngologie, n'est pas la même en ce qui concerne le nez, l'oreille ou le larynx. Rien de plus naturel par conséquent que, dans la spécialité, les affections soient classées par organes.

En médecine thermale, il en va tout autrement ; ce n'est plus le siège de la lésion, mais bien sa nature qu'il faut envisager, et nous n'avons pas le droit de séparer des organes, dont la solidarité anatomique, embryologique et physiologique est absolument intime.

La muqueuse respiratoire est continue depuis le nez jusqu'à l'alvéole pulmonaire. Le cavum naso-pharyngien n'est pas seulement un carrefour d'importance locale, dont la pathologie commande celle de l'oreille moyenne et du larynx ; il a encore sur les voies respiratoires inférieures une influence à longue portée. C'est cette idée maîtresse qui nous a toujours guidés quand nous avons individualisé ce type spécial de bronchite chronique, admis aujourd'hui par tous les auteurs, la *rhino-bronchite descendante*.

Et nous savons quelle impressionnabilité remarquable offre aussi à toutes les influences exogènes et endogènes le cavum, dans lequel les anciens voyaient le « rendez-vous de toutes les diathèses ».

2° Evolution générale de l'affection. — Nous n'enverrons pas aux eaux minérales, c'est classique, les affections aiguës et nous n'y enverrons que les affections dites « chroniques ».

Mais, en réalité, une affection chronique est constituée par une série de poussées évolutives. Et cette marche discontinue, propre à la chronicité, n'est nulle part plus évidente que dans les manifestations morbides des voies respiratoires supérieures. Il est exceptionnel, en effet, que celles-ci conservent d'une manière persistante la même intensité. Elles s'atténuent presque toujours l'été, au point de sembler entièrement guéries, pour reparaitre pendant l'hiver ou à l'occasion des variations atmosphériques ; elles présentent ainsi une série d'améliorations et de recrudescences, et le terme de coryzas, de rhino-pharyngites à répétition serait assurément plus exact que celui de coryzas, de rhino-pharyngites chroniques.

De même nous croyons légitime de concevoir comme atteints d'affections « chroniques » de la muqueuse respiratoire, non seulement les malades qui souffrent d'une inflammation en apparence permanente, mais encore ceux qu'une débilité spéciale des voies aériennes rend sensibles aux moindres causes irritatives occasionnelles.

N'envoyons pas nos malades aux eaux thermales après avoir épuisé toutes les ressources chirurgicales et pharmaceutiques. C'est quand les voies aériennes supérieures traduisent leur souffrance par leurs premiers accès spasmodiques ou par les premières manifestations hypertrophiques ou catarrhales de la muqueuse, que nous devons faire appel à la crénothérapie.

Nous n'encourons pas ainsi le reproche que nous avons le droit de faire aux médecins de M^{me} de Sévigné, qui « ne l'envoyaient aux eaux que lorsque, à grand renfort de saignées, de purgations et de médications de toutes sortes, ils ne pouvaient la débarrasser de son désolant rhumatisme ».

3° Prédominance d'un symptôme. — Le mode réactionnel le plus habituel de la muqueuse rhino-bronchique, particulièrement riche en tissu lymphoïde et en glandes mucipares, est la sécrétion. De là le rôle capital que va jouer le catarrhe dans la symptomatologie des affections oto-rhino-laryngologiques.

Ce vieux terme médical de *catarrhe* d'une part, d'autre part la division qu'il faut conserver, des catarrhes, en catarrhes *purulents* et catarrhes *muqueux*, vont nous être d'une très grande utilité en clinique hydrominérale.

Les *catharrhes purulents*, si souvent secondaires à une lésion locale, qui se développent aussi à la suite des modifications neuro-vasculaires, des bouffées hyperémiques accompagnant les catarrhes muqueux, reconnaissent presque toujours une cause infectieuse. Mais nous savons que, même si le catarrhe est purulent d'emblée, il peut survenir en dehors de toute infection, se pro-

duire à travers un épithélium intact, ainsi que l'avait montré FEUILLÉ, comme nous l'avons observé dans la rhino-bronchite des gouteux, et comme l'ont reproduit expérimentalement BEZANÇON, DE JONG et JACQUELIN au cours d'épreuves de chloruration.

Quoi qu'il en soit, le *catarrhe purulent réclame la médication sulfurée*. « *Le pus appelle le soufre* » (LERMOYEZ). Sans hésitation aucune, c'est donc aux eaux sulfurées que nous devons envoyer les catarrhes chroniques purulents, aux stations sulfurées, munies d'installations complètes pour la pratique des humages, des pulvérisations, le traitement sulfuré local jouant ici un rôle important.

Les *catarrhes muqueux* sont loin d'avoir une indication créno thérapeutique aussi nette, et nous n'en connaissons encore que bien imparfaitement la nature.

Ils sont tantôt aigus et fluxionnaires, apparaissant et disparaissant rapidement, comme la rhinorrhée du coryza spasmodique, tantôt, au contraire, continus, avec des exacerbations plus ou moins marquées, c'est-à-dire au sens propre, chroniques.

Tandis que le catarrhe purulent reconnaît la plupart du temps une cause infectieuse et réclame un traitement électif de la muqueuse, en l'espèce le traitement sulfuré, le catarrhe muqueux est sous la dépendance de combinaisons étiologiques très complexes, qui rendent extrêmement délicat le problème de l'indication hydrominérale.

Nous devons faire appel alors à une série d'impressions cliniques, dont la plus importante est l'allure générale des phénomènes morbides.

4° Allure générale des phénomènes morbides. — Le facteur étiologique n'imprime souvent, en effet, aucun caractère particulier aux manifestations morbides de la muqueuse oto-rhino-laryngée.

Son inflammation paraît, chez certains malades, fixe et continue ; chez d'autres elle est au contraire sujette à des exacerbations et à des recrudescences fréquentes. Et nous ne saurions trop mettre en valeur la division établie par les auteurs anciens entre les formes *torpides* et les formes *éréthiques* des maladies respiratoires, tellement elle est capitale au point de vue de la thérapeutique hydrominérale.

La crénothérapie n'a pas d'autre but que d'accentuer dans un cas les processus de défense de l'organisme et de modérer au contraire, dans l'autre cas, ceux qui, par leur excès pourraient devenir nuisibles.

Les malades justiciables d'une cure thermale vont ainsi se ranger dans deux catégories : a) malades torpides, non excitables ; b) malades éréthiques, excitables.

a) **MALADES TORPIDES, NON EXCITABLES.** — Ces malades, qui ont pour caractéristique de réagir peu, vont avoir besoin d'être stimulés. Ils sont représentés dans la spécialité oto-rhino-laryngologique par ces porteurs de catarrhes humides, plutôt que de catarrhes secs, à évolution lente et sans à-

coups. Prescrivons à ces malades le soufre, car ils sont, suivant le mot de LERMYOEZ, *le triomphe des eaux sulfureuses*. Nous ne saurions trop dire le soulagement qu'apporte le soufre aux muqueuses catarrhales, à sécrétion abondante, peu sujettes aux réactions vives.

Seront particulièrement indiquées, dans ces formes torpides, les grandes stations pyrénéennes : *Cauterets, Luchon, Ax*, qui possèdent, dans la gamme étendue de leurs eaux, celles dont le pouvoir est le plus excitant, et *Challes* dont la richesse en soufre est remarquable.

Ces stations, si fréquentées par les adultes, doivent être aussi ordonnées pour les *enfants* sujets à des manifestations torpides de la muqueuse respiratoire, d'autant que dans les *stations pyrénéennes*, l'action du soufre s'unit favorablement aux qualités stimulantes de l'altitude et du climat.

A *Challes*, où la cure de boisson est de première importance, la digestibilité des eaux est parfaite ; la tolérance du tube digestif des jeunes enfants pour le soufre de *Challes* est remarquable, ce qui explique aisément la nombreuse clientèle infantile de cette station alpestre.

Le mélange de soufre et de sel fait d'*Uriage* un véritable « bain de mer sulfureux » qui tonifiera les petits lymphatiques et les hérédosyphilitiques, chez lesquels il peut être utile d'associer à la cure le traitement mercuriel. Il en est de même pour les *Eaux-Bonnes*.

Saint-Honoré, par son heureuse association du soufre et de l'arsenic, revendique, au double titre de sulfurée et d'arsenicale, les enfants sujets à de perpétuelles poussées rhino-pharyngées et ganglionnaires.

Pour nos petits malades atteints d'affections torpides des premières voies respiratoires, de coryzas purulents chroniques, de végétation adénoïdes, etc., les stations sulfurées sont loin de représenter toutes les ressources de la crénothérapie infantile. Nous devons réserver une large place aux eaux *arsenicales* et aux *chlorurées sodiques*, qui conviennent surtout au « type ganglionnaire » du lymphatisme, avec peu de lésions de la muqueuse respiratoire.

b) MALADIES ÉRÉTHIQUES, EXCITABLES. — Ce sont les malades dont la muqueuse aérienne, particulièrement irritable, est toujours prête à répondre à toute infection, intoxication, ou auto-intoxication, par des poussées inflammatoires aiguës ou subaiguës, à évolution paroxystique.

Les spécialistes connaissent bien ces manifestations respiratoires chroniques, entrecoupées d'épisodes courts mais tapageurs, apparaissant et disparaissant avec brusquerie, tels que le rhume des foins, les laryngites quinteuses, l'asthme bronchique... Mais il est tout un groupe de catarrhes oto-rhino-laryngologiques, catarrhes parfois humides mais le plus généralement secs, dont la congestion, la douleur et le spasme restent les symptômes prédominants, et qui, sans présenter une allure aussi nettement paroxystique que l'asthme, n'en reconnaissent pas moins, sans doute, les mêmes facteurs pathogéniques. Nos voies respiratoires supérieures ne sont-elles pas, en effet, exposées sans cesse aux traumatismes du monde extérieur, et ceux-ci ne

déclanchent-ils pas des chocs continuels sur une muqueuse, qui, suivant l'idée générale de WIDAL, passe sa vie à être sensibilisée et désensibilisée ?

Quoi qu'il en soit, chez ces malades, la cure hydrominérale ne doit chercher à produire que des effets sédatifs et décongestionnants, et la station qui convient, avant toute autre, aux malades éréthiques et excitables, c'est *Le Mont-Dore*.

Le Mont-Dore est la station presque spécifique de la sédation et de la décongestion des voies respiratoires, aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant.

Les eaux sulfurées doivent être, d'une façon générale, prohibées chez les malades éréthiques et excitables. Et si certains ont obtenu quelques résultats favorables dans les stations pyrénéennes, c'est que les cliniciens thermaux n'ont utilisé pour eux que les sources faibles de ces stations, ou qu'il s'est agi de faits cliniques dans lesquels l'élément spasmodique et congestif semblait momentanément enrayé, et dans lesquels prédominait l'élément catarrhal, sécrétoire.

Nous devons cependant, parmi les sulfurées, faire une exception en faveur de cette si intéressante station d'*Allevard*, dont les eaux, fait d'apparence paradoxale, sont à la fois sédatives et décongestionnantes.

5° L'affection oto-rhino-laryngologique est-elle symptomatique du trouble d'un grand système organique ? — Quand se pose l'indication crénothérapie, tout n'est pas fonction de la réaction locale de la muqueuse respiratoire, réaction plus ou moins conditionnée par l'état diathésique du malade.

Les affections de l'oreille, du nez, du pharynx et du larynx peuvent survenir à la suite de *troubles dyspeptiques, hépatiques, cardio-rénaux*, etc., et nous montrerons rapidement dans un chapitre spécial comment la crénothérapie générale, en traitant les grands systèmes organiques, aide indirectement à la cure des affections oto-rhino-laryngologiques.

*
* *

Trois groupes de stations, — par la qualité physico-chimique de leurs eaux, — par la modalité de leurs installations thérapeutiques, — enfin en vertu d'analogies basées sur l'expérience clinique, revendiquent la cure des affections oto-rhino-laryngologiques. Ce sont :

- 1° *Les eaux sulfurées ;*
- 2° *Les eaux arsenicales de La Bourboule ;*
- 3° *Les eaux indéterminées du Mont-Dore.*

Nous étudierons ces trois groupes d'eaux dans trois chapitres successifs, en précisant pour chacun d'eux ses indications propres. Après quoi, dans un quatrième chapitre, nous étudierons les *cures d'action indirecte*.

Auparavant, nous rappelons ici une fois pour toutes que nos stations

hydrominérales, où nos malades boiront le médicament, le humeront, laveront avec lui leurs premières muqueuses respiratoires, en baigneront leur peau, que ces stations, à la fois thermales et climatiques pour la plupart, seront utiles par le repos qu'elles procurent, le changement d'air physique et moral qu'elles imposent, les exercices d'hygiène et de sport qui s'y pratiquent, par les régimes alimentaires, enfin, qu'il est aisé d'y suivre.

Et l'action sera fréquemment] souveraine, de l'eau thermale, de l'air, de la lumière et du soleil, sur beaucoup de ces malades que nous étiquetons du nom « d'arthritiques », et qui sont simplement des organismes condamnés, par les conditions de la vie moderne, à la trop bonne chère, à la sédentarité et au surmenage intellectuel.

*
* *

I. — Cures sulfurées

La médication sulfurée doit sa première place, en O. R. L., à deux faits essentiels qui sont :

1^o L'élimination du soufre par la muqueuse respiratoire quel que soit son mode d'introduction dans l'organisme ;

2^o Le véritable rôle trophique du soufre dans la réparation des cellules mucipares de cette muqueuse.

L'examen rhinoscopique et laryngoscopique permet de suivre l'action des eaux sulfurées sur les sécrétions et sur la circulation de la muqueuse respiratoire.

La médication thermale sulfurée a une action sur la nutrition générale. Le soufre thermal stimule la fonction cholagogue et antitoxique du foie, diminue les fermentations intestinales et, d'une façon générale, excite la nutrition.

Lorsque le soufre est absorbé sous forme d'eau minérale, son action locale et générale subit une exaltation manifeste qui tient à l'état physico-chimique très spécial dans lequel il se trouve et à son association avec d'autres substances qui viennent renforcer ou modifier ses propriétés physiologiques.

Le critérium de la valeur d'une eau minérale sulfurée tient dans le fait suivant :

Quant on veut introduire du soufre dans l'organisme, moins est avancée la combinaison du soufre avec l'oxygène, plus le soufre est efficace. Il faut donc qu'une eau minérale sulfurée ait du soufre non oxydé pour que ce soufre, parcourant dans nos tissus la série complète des stades d'oxydation progressive, puisse jouer le rôle constitutionnel et défensif qui lui est assigné dans l'organisme. Et ceci est surtout vrai quand il s'agit des voies respiratoires dans lesquelles le soufre a une double utilité, locale et générale.

Veut-on traiter la muqueuse rhino-bronchique, les eaux sulfurées sont seules utiles. L'action des eaux sulfurées est douteuse ; quant aux eaux sulfatées (dont le soufre est très oxydé) leur action est nulle.

Les eaux sulfurées sont donc des eaux naturelles qui contiennent du soufre non oxydé, à l'état de soufre ou d'hydrogène sulfuré.

Elles se divisent en trois groupes :

- 1^o Les eaux sulfurées sodiques ;
- 2^o Les eaux sulfurées calciques et sulfhytriques ;
- 3^o Les eaux sulfurées mixtes :
 - a) Chloruro-sulfurées ;
 - b) Sulfurées-arsenicales.

Les indications des cures sulfurées sont basées sur cette action physiologique locale et générale.

Si l'on tient compte des faits suivants : que les grandes stations pyrénéennes : Cauterets, Luchon, Ax-les-Thermes jouissent de l'heureux privilège de posséder, à côté des eaux les plus excitantes, des eaux à action douce, et ont, par cela même, les applications thérapeutiques les plus étendues, — que la question de doses permet à la source de Challes d'obtenir des effets stimulants variables, — que Saint-Honoré a deux groupes d'eaux, l'un tonique par l'association sulfo-arsenicale, l'autre faiblement minéralisé, d'action doucement tonique, et si on fait une exception pour Allevard, station essentiellement sédative et décongestionnante, on peut dire que la médication hydrominérale sulfurée, excitante et tonique : 1^o stimule la vitalité de la muqueuse ; 2^o agit sur le catarrhe.

Les cures sulfurées revendiquent donc :

1^o La *débilité rhino-bronchique* :

2^o Les *affections torpides cararrhales* des voies respiratoires : la *rhinite chronique simple*, la *rhinite hypertrophique*, surtout les *catarrhes purulents*, le *coryza chronique purulent des enfants* « morveux », le *coryza purulent des adultes* qui est si souvent à l'origine de troubles laryngés et bronchiques. Enfin, l'*ozène*. Les lavages du nez avec une eau sulfurée forte, en débarrassant mécaniquement la cavité nasale des croûtes purulentes fétides qui l'encombrent, en réalisant un véritable massage de la pituitaire, donnent un véritable coup de fouet à cette muqueuse atrophiee et raniment son activité glandulaire.

Les *adénoïdites et pharyngites chroniques* — les *sinusites* — dans lesquelles la muqueuse malade aura besoin d'être revitalisée à la suite de l'acte opératoire. Le soufre thermal agira de même indirectement sur les formes *benignes* par son action d'ensemble sur les premières voies aériennes.

Les *otopathies et surdités*. — La médication thermique se bornant au traitement de la muqueuse de revêtement, soit de la caisse, soit de la trompe, et à leurs conséquences : *obstruction tubaire* ou *otorrhée tubaire*.

Les *laryngites chroniques, catarrhales et torpides*.

1^o Les laryngites par propagation au larynx des infections rhino-pharyngées ;

2^o Les laryngites par inhalations irritantes ;

3^o Les laryngites professionnelles par surmenage vocal.

Les affections syphilitiques des voies respiratoires supérieures. — Grâce à l'heureuse association du soufre thermal au mercure, et au bismuth dont il favorise la tolérance et l'élimination.

II. — Cures arsenicales

Les eaux de la Bourboule méritent, seules, le nom d'arsenicales.

La médication arsenicale a, dans la cure des affections O. R. L., un aspect tout différent de celui de la médication sulfurée.

La Bourboule est surtout une station d'enfants et sa thérapeutique s'adresse au terrain.

En ralentissant la dénutrition, en diminuant les échanges respiratoires, en favorisant la multiplication cellulaire et la régénération plasmatique du sang, la cure bourboulienne est indiquée pour les enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux.

Les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales dominant la pathologie des voies respiratoires de l'enfant, ce sont les deux affections qui seront surtout traitées dans cette station arsenicale ; elle servira de préparation ou de complément à l'intervention chirurgicale, en tonifiant doucement la muqueuse et en combattant l'anémie qui est souvent liée à l'insuffisance respiratoire nasale.

III. — Cure du Mont-Dore

Si les cures sulfurées revendiquent les inflammations torpides, catarrhales des voies respiratoires, la spécialisation du Mont-Dore n'est pas moins nette et très exclusive.

A la cure mont-dorienne sont réservées les affections éréthiques, congestives, spasmodiques des voies respiratoires, surtout si domine chez elles un élément spasmodique.

On enverra donc, au Mont-Dore, station décongestionnante et antispasmodique, dans laquelle la technique joue un grand rôle :

- 1° Les coryzas spasmodiques, périodiques (rhume des foins) ou apériodiques ;
- 2° Les rhino-pharyngites congestives ;
- 3° Les congestions du larynx chez les surmenés de la voix ; les laryngites spasmodiques ; certains troubles névropathiques du larynx (toux spasmodique, aphonies nerveuses, etc.).

* * *

Comparé à la place immense et sans cesse accrue que la thérapeutique hydrominérale a su prendre dans notre spécialité, le domaine oto-rhino-laryngologique de la climatothérapie apparaît assez restreint.

L'indication thérapeutique de premier plan que les cures climatiques

revendiquent en oto-rhino-laryngologie est constituée par la *tuberculose laryngée*.

Trois principes importants dominent le traitement de la tuberculose laryngée.

Le premier, c'est qu'il ne faut pas attendre du climat le traitement de la tuberculose : le climat représente seulement le milieu optimum pour appliquer les deux seuls traitements actuellement efficaces de la tuberculose, qui sont la cure hygiéno-diététique et la collapsothérapie.

Le deuxième, c'est qu'il n'existe pas de climat spécifique de la tuberculose laryngée : ce qui importe, c'est non pas tant la rudesse ou la douceur du climat, sa sécheresse ou son humidité, sa chaleur ou sa froideur, que sa constance, sa stabilité thermique et, plus que tout, son absence de vent.

Le troisième, c'est la forme

Le troisième, c'est que la forme anatomo-clinique de la lésion laryngée n'a guère à intervenir dans le choix de l'indication climatique. Si l'on met à part certaines formes graves de tuberculose laryngée (comme la tuberculose miliaire ou comme les formes infiltro-ulcéreuses à tendance rapidement extensive ou nécrosantes), on peut dire que c'est seulement en fonction de l'état pulmonaire que devra être posée l'indication climatothérapique. Avec cette réserve cependant que l'apparition d'une localisation tuberculeuse laryngée devant être regardée comme l'indice d'une victoire momentanée de l'invasion bacillaire, l'indication climatique devra être plus circonspecte encore quand il s'agit d'un tuberculeux pulmonaire laryngé que lorsqu'il s'agit, toutes choses égales d'ailleurs, d'un tuberculeux exclusivement pulmonaire.

En ne perdant pas de vue ces notions fondamentales on posera toujours utilement l'indication climatothérapique.

Le CLIMAT DE MONTAGNE réussit à la plupart des tuberculeux laryngés.

Par contre on enverra aux STATIONS CLIMATIQUES DE PLAINE :

1^o Les évolutifs, c'est-à-dire les malades en période fluxionnaire, avec envahissement progressif du champ pulmonaire, surtout lorsque leur état s'accompagne d'instabilité du pouls, de nervosisme, d'insomnie ; 2^o les congestifs, sujets aux hémoptysies, principalement les hypertendus et les sujets jeunes atteints de tuberculose fibro-caséuse à poussées successives et à évolution subaiguë ; 3^o les tuberculoses laryngées auxquelles sont associées certaines lésions chroniques du nez et du pharynx, particulièrement les rhinites et rhinopharyngites atrophiques, qui supportent si mal le froid et la sécheresse de l'altitude.

On éloignera toujours les bacillaires pulmo-laryngés du CLIMAT MARITIME RUDE, qui leur est régulièrement funeste.

Par contre, le CLIMAT MARITIME ATTÉNUÉ, tel qu'on le rencontre dans les diverses stations de la Côte d'Azur (où il est si facile, d'ailleurs, de le combiner, grâce aux stations de l'Hinterland méditerranéen, à l'influence de la montagne proche), rendra de précieux services à toutes les formes de tuberculose laryngée appartenant à des malades porteurs de lésions pulmonaires,

à évolution particulièrement froide, torpide, apyrétique, non extensive, telles que les bacilloles fibreuses et, parmi les formes fibro-caséuses, celles qui témoignent d'une forte réaction fibrosante, celles qui ne procèdent que par poussées évolutives rares, espacées, apyrétiques, celles enfin des sujets âgés.

Comme indications de second plan, la climatothérapie revendique, en oto-rhino-laryngologie :

Pour la CURE DE MONTAGNE : l'insuffisance nasale fonctionnelle dans laquelle il semble que l'altitude agisse comme succédané doux et progressif de l'exercice musculaire ; — les malades relevant d'affections oto-rhino-laryngologiques graves (laryngite ulcéreuse, phlegmons péri-pharyngés, septicémies oto-mastoïdiennes, etc.) ; — les grands opérés de la mastoïde, des sinus ou du larynx ; — les spasmes laryngés récidivants des enfants ; — les parésies laryngées myopathiques ; — certains troubles vocaux fonctionnels (la voix ennuchoïde, la débilité sénile de la voix) ; — les rhino-bronchites récidivantes des gazés de guerre ; — les anémies labyrinthiques ; — les suppurations chroniques des oreilles, du nez et des sinus.

A LA PLAINE s'amélioreront : la débilité neuro-arthritique des voies aériennes supérieures ; — les algies et les dysesthésies des névropathes ; — l'otospongiose.

Le CLIMAT MARITIME RUDE est favorable au *lupus des fosses nasales*, aux *rhinites atrophiques* (simple ou ozéneuse) aux *rhinites muco-pululentes chroniques* (principalement celle des enfants lymphatiques).

Le CLIMAT MARITIME ATTÉNUÉ revendique les *toux laryngées spasmodiques*, et aussi les *spasmes laryngés récidivants des enfants*, principalement quand on peut, à l'influence climatérique proprement dite, surajouter la thalassothérapie et l'héliothérapie marine. Il facilite aussi la convalescence des sujets tarés (diabétiques, syphilitiques, bacillaires) relevant des grandes interventions mastoïdiennes ou sinusiennes.

Quant au CLIMAT MARIN INTÉGRAL, ou climat de haute-mer, si l'on excepte les suppurations aiguës des oreilles, du nez et des sinus, on peut dire qu'il est favorable à toutes les affections oto-rhino-laryngologiques, principalement aux *rhinites chroniques* (atrophiques ou non), aux *hyperesthésies* et aux *dysesthésies nasales*, aux *catarrhes ancien du cavum et du conduit laryngo-trachéal*, aux *larynx pré-tuberculeux*, aux suites opératoires des interventions endo-nasales. La prescription médicale d'une croisière est chose courante en Allemagne et en Angleterre. Il est à souhaiter qu'elle entre dans l'arsenal thérapeutique des laryngologistes français.

OSTÉO-ANGIOTRIPSIE APLIQUÉE A CERTAINES
HÉMORRAGIES RÉCIDIVANTES DES ARTÉRIOLES
INTRA-OSSEUSES DE LA CLOISON NASALE (1)

Par E. ESCAT et A. VIÉLA

Il est admis en rhinologie que dans la presque totalité des cas d'hémorragie nasale de quelque importance, par épistaxis spontanée, par traumatisme, ou par acte chirurgical portant sur le septum nasal, le foyer hémorragique dépend constamment du tronc ou des rameaux de l'artère de la cloison qui courent dans le chorion de la muqueuse.

D'autre part, tous les rhinologistes savent par expérience que le meilleur moyen, d'éviter toute blessure artérielle et d'opérer à blanc, au cours d'une résection sous-muqueuse de la cloison, est de s'attacher à obtenir un décollement périchondro-périostique aussi parfait que possible ; ce décollement, en effet, permet seul d'écarter des lames chondro-osseuses à réséquer, tout le riche réseau de l'artère de la cloison, enfermé dans la trame de la muqueuse.

Ainsi est amplement assurée l'hémostase per-opératoire au cours de la résection sous-muqueuse de la cloison, sans compter que la section du cartilage quadrangulaire ne saurait ouvrir des voies vasculaires et que la trame osseuse du vomer et celle de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ne présentent généralement à la section que des artéριοles nourricières presque capillaires et peu susceptibles de donner lieu à une émission sanguine de quelque importance.

Néanmoins, l'expérience nous a appris que certaines hémorragies récidivantes pouvaient provenir d'artéριοles intra-osseuses de calibre quelquefois supérieur à la moyenne ; ces cas, peu fréquents, sinon rares, semblent se rapporter exclusivement à des brèches traumatiques ou chirurgicales faites à la rigueur dans la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, mais plus souvent dans le vomer lui-même. Elles se manifestent d'ailleurs, avec ou sans hémotome, au cours de certaines fractures de la cloison, à la suite de résection sous-muqueuse ayant entamé fortement le vomer en arrière, dans la zone où il est articulé avec la lame perpendiculaire de l'ethmoïde, enfin chez des sujets atteints de perforation de la cloison de causes diverses.

Anatomiquement, dans les résections sous-muqueuses où le plan de clivage sous-périchondral et sous-périosté a été impeccablement suivi, le foyer hémorragique ne saurait être rapporté aux artéριοles, qui, accompa-

(1) Communication à la Société Française d'O. R. L., 17 octobre 1929.

gnant le nerf nasal interne, peuvent courir dans les gouttières creusées sur la surface du squelette chondro-osseux ; mais rien n'autorise à exclure cette origine anatomique chez des sujets atteints de perforation plus ou moins ancienne du septum par destruction pathologique, traumatique, chirurgicale ou caustique.

Sans aucun doute, seule la section des artérioles nourricières du squelette osseux du septum, du vomer en particulier, peut être incriminée dans les cas où l'émission sanguine présente quelque importance ou quelque ténacité, cette section porte assurément sur une artériole nourricière du vomer, tantôt unique ⁽¹⁾ et tantôt double, vaisseau connu de Zuckerkandl et de Ledouble et bien décrit par Sieur et Jacob. Ce rameau se détache de la sphéno-palatine au point où cette dernière aborde la cloison ; s'engageant entre le vomer et le sphénoïde, la dite artériole nourricière court dans la gouttière vomérienne et va se loger dans un fin canal creusé dans l'épaisseur de l'os jusqu'à la lisière chondro-vomérienne.

Nous avons observé dans notre pratique quelques cas d'hémorragie récidivante des artérioles intra-osseuses de la cloison qui, rebelles à des cautérisations chimiques ou galvano-caustiques ainsi qu'au tamponnement endo-nasal, n'ont cédé qu'à l'écrasement de la marge hémorragique à l'aide d'une pince remplissant le rôle d'ostéo-angiotribe.

Nous avons, en cette occurrence, fait appel, bien entendu, à des instruments de fortune très divers, l'imprévision et la rareté des cas nous ayant trouvés démunis d'instrument spécialement approprié à l'ostéo-angiotripsie de la cloison.

Voici les cas où nous avons fait appel à cette méthode exceptionnelle d'hémostase :

I. Dans un premier cas observé par l'un de nous, il y a 23 ans, il s'agissait d'un homme de 32 ans qui, par suite d'écrasement du nez dans une chute de charrette, avait présenté une fracture des os propres et de l'apophyse montante du maxillaire, fracture compliquée d'un gros hématome de la cloison ; l'hématome bien entendu avait suppuré et la suppuration s'était prolongée ; le blessé n'était venu faire appel aux soins du rhinologiste que plus de cinq semaines après l'accident, et seulement en raison d'hémorragies nasales répétées. A ce moment, la cicatrisation de la plaie extérieure était complète, mais la blessure endonasale suppurait toujours ; le cartilage quadrangulaire était détruit en grande partie et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ainsi qu'une partie du vomer avaient été fracturées ; des esquilles provenant de la cloison avaient été éliminées les jours précédents.

Après nettoyage à l'eau oxygénée, un foyer hémorragique fut repéré sur le bord postérieur de la perforation, en pleine brèche vomérienne ; or, une cautérisation au bouton galvano-caustique qui réussit sur le moment fut suivie de récidive ; une cautérisation à l'acide chromique quelques jours après n'eut pas plus de succès, et il fallut recourir à nouveau au tamponnement endonasal. L'hémostase par angio-tripsie s'imposait : elle fut pratiquée à l'aide de la forte pince nasale à mors dentés appliquée par l'un de nous à l'ex-

(1) SIEUR et JACOB, *Recherches anat. clin. et opératoires sur les fosses nasales et leur sinus*. Rueff éditeur, Paris 1901.

traction des prolongements endonasaux des fibromes naso-pharyngiens ; les deux tables du vomer ayant été fortement comprimées entre les deux mors, l'hémorragie s'arrêta pour ne plus reparaitre.

II. Un deuxième cas concerne une jeune femme de 25 ans qui, pour une insuffisance respiratoire gauche, avait subi dans une ville du Sud-Ouest une opération endonasale qualifiée de résection sous-muqueuse, et qui présentait une large perforation du septum ayant intéressé, non seulement le cartilage quadrangulaire, mais aussi l'ethmoïde et le vomer. Depuis l'intervention remontant à deux ans, se produisaient constamment des hémorragies nasales peu abondantes, mais fort désagréables par leur répétition, que les cautérisations et le traitement médical n'avaient pu réduire. Or, le foyer hémorragique siégeait sur le bord postérieur de la perforation, au niveau de la partie haute de la brèche, en plein vomer, lequel d'autre part présentait, faisant une forte saillie dans la fosse nasale astréiée, une épine osseuse qui avait échappé à la résection dite sous-muqueuse, et rendait illusoire cette opération.

Cette épine osseuse écrasant le cornet inférieur en rendant impossible la manœuvre d'ostéo-angio-tripsie qui pourtant s'imposait, il fut procédé préalablement à la résection de cet obstacle à l'aide de l'éperotome de Carmalts-Johnes. Puis à l'aide de la pince à fibromes à mors dentés introduite par la narine gauche, et dont un mors fut appliqué à la faveur de la perforation sur la face droite du vomer, alors que l'autre était appliquée sur la face gauche opposée fraîchement rabotée, fut pratiquée l'ostéo-angio-tripsie qui donna le résultat cherché.

III. Un troisième cas, dans lequel ce mode d'hémostase donna satisfaction est relatif à un homme de 40 ans qui présentait des saignements de nez provenant du bord postéro-supérieur d'une perforation antéro-inférieure de la cloison, à bords presque cicatriciels, d'origine inconnue et coïncidant avec une rhinite atrophique modérée et non fétide (hérédo-syphilis ? nécrose consécutive à un hématome suppuré ? rhinite septique de l'enfance ?).

Les procédés classiques appliqués au traitement des épistaxis ayant échoué, l'ostéo-angio-tripsie fut appliquée après anesthésie au liquide de Bonain, à l'aide d'un vieux modèle de *pince à épistaxis*, instrument théorique, établi il y a trente ans par Collin sur les indications de l'un de nous et qui en l'occurrence fonctionna admirablement et donna un résultat parfait.

IV. Au cours des nombreuses résections sous-muqueuses que nous avons pratiquées à l'hôpital et dans la clientèle, nous n'avons pas souvenir d'avoir été gênés par une véritable hémorragie de l'artère nourricière du septum osseux. Dans un seul cas, un jet artériel appréciable, émergeant d'une morsure faite sur le vomer avec la pince emporte-pièce de Ballanger, fut instantanément réprimée par une pression transversale des deux tables du septum à l'aide d'une pince de Mounier dont les mors peu tranchants remplirent facilement le modeste rôle d'écraseur.

V. L'ostéo-angio-tripsie a toutefois échoué complètement bien que tentée plusieurs fois avec d'assez longs intervalles, chez un jeune homme de 25 ans, en observation depuis six ans (n° 1232) et qui présente des épistaxis à répétition depuis l'âge de 18 ans. Les hémorragies, quoique moins fréquentes, se produisent actuellement sur des points quelconques des bords de la perforation qu'a fini par créer l'application abusive de cautérisations à l'acide chromique, applications toutefois utiles car elles donnent des résultats momentanés et palliatifs. Bien que les épreuves hématologiques n'aient donné ici aucun

résultat positif quand à l'hémophilie et à l'hémogénie, nous tenons ce cas comme relevant d'une idiosyncrasie héréditaire, le père de ce jeune homme ayant été traité par l'un de nous pour épistaxis récidivantes liées à des micro-angiomes multiples des deux faces de la cloison nasale. L'insuccès de ce cas ne saurait donc être considéré comme un fait défavorable à une méthode d'hémostase dont, à vrai dire, il n'était pas précisément justiciable.

CONCLUSIONS. — Tels sont les faits qui nous ont conduits à appeler l'attention sur un principe d'hémostase peu classique et d'utilisation peut-être exceptionnelle, mais susceptible, le cas échéant, de rendre de réels services.

Il resterait à dire quel est l'instrument le mieux approprié à l'*ostéo-angio-tripsie* ⁽¹⁾ de la cloison nasale ; ayant réussi à la réaliser avec des instruments courants ou de fortune, tels que la *pince nasale à fibromes à mors dentés*, une *pince de Mounier à mors émoussés*, la *pince à épistaxis à vis de serrage* de l'un de nous, nous estimons que de multiples pinces à mors non coupants mais à leviers suffisamment puissants pour exercer un écrasement modéré, peuvent remplir ce rôle.

(1) Le terme de *phragma-tripsie*, de φράγμα cloison, et de τριψή broiement, exprimerait peut être plus exactement que celui d'*ostéo-angio-tripsie* ce procédé d'hémostase ; mais le terme d'*angio-tripsie* ayant été déjà vulgarisé par Tuffier et par Doyen depuis bien des années, nous avons jugé inutile de lui opposer un nouveau vocable, et avons préféré l'adapter à l'expression visée par l'adjonction d'un radical complémentaire.

L'AMYGDALECTOMIE SIMPLIFIÉE CHEZ L'ENFANT

Par E. FELDSTEIN

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Même chez l'enfant, l'amygdalectomie tend à se substituer au morcellement classique de RUAULT, opération insuffisante qui ne met à l'abri ni des récidives d'hypertrophie, ni des complications infectieuses, locales ou générales. Il semble, en effet, assez peu chirurgical de respecter partiellement « un organe à psychologie encore indécise, mais à pathologie certaine », sous prétexte qu'il est peut-être bon à quelque chose, ou qu'une intervention radicale présente des dangers ou des difficultés. Quel chirurgien se contenterait de réséquer seulement la moitié d'un appendice malade ?

L'amygdalectomie chez l'enfant gagne sans cesse du terrain et les procédés d'exérèse totale sont déjà nombreux. Celui que nous utilisons journellement, sous le nom d'amygdalectomie simplifiée, ressemble sans doute aux autres par bien des points — car il est difficile d'innover complètement en cette matière — mais nous pensons pourtant qu'il s'en distingue par la rapidité, la facilité et la sécurité de son exécution.

En raison même des qualités que nous lui attribuons, l'amygdalectomie simplifiée peut être pratiquée sans aucune anesthésie ou après un simple badigeonnage au liquide de BONAIN. On peut l'employer également, après une narcose légère au chlorure d'éthyle, si l'on demeure fidèle à ce mode d'anesthésie, malgré les dangers dont l'accusent justement MOURE et bon nombre d'opérateurs.

Quatre instruments sont nécessaires et suffisants pour ce procédé :

1° Un bon ouvre-bouche, qui tienne bien en place.

2° Un solide abaisse-langue.

3° Une faux-curette. Cet instrument, fabriqué par SIMAL sur nos indications, est une faux de RUAULT, renforcée sur une de ses faces par un segment de curette tranchante, de même taille et de même diamètre que la faux. La face renforcée a l'aspect d'une gouttière dont les 2 bords sont tranchants. C'est grâce à elle qu'on pourra amorcer et poursuivre le décollement de l'amygdale.

4° Une pince de RUAULT, de grand modèle, à mors larges mais émoussés.

* * *

L'enfant, bien préparé dans les jours précédents (désinfection nasale, hémostase préventive par le chlorure de calcium), est installé en position

assise, quel que soit son âge, sur le fauteuil d'opération (modèle de GUYOT, par exemple). Le ventre est sanglé et les membres solidement attachés. Un seul aide suffit à maintenir et manœuvre la tête de l'enfant.

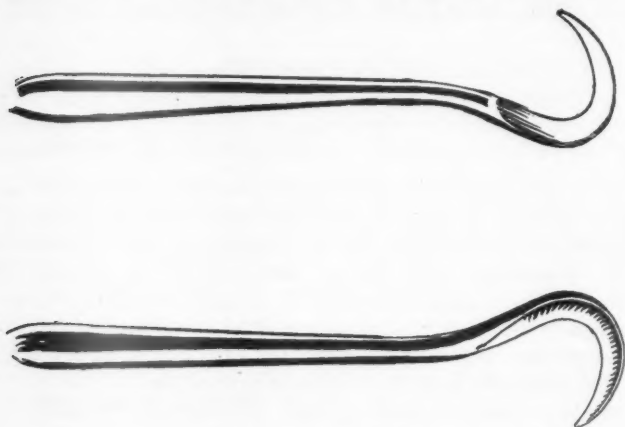


FIG. 1. — *La Faux-curette*

En haut, la face plate. En bas, la face concave.

On place l'ouvre-bouche et l'abaisse-langue, puis on exécute successivement les 3 temps opératoires :

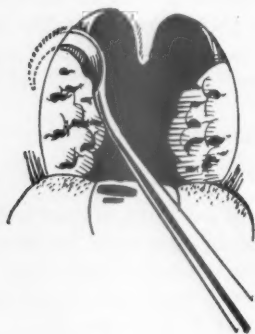


FIG. 2

La faux détache les adhérences du pilier antérieur et de l'amygdale.

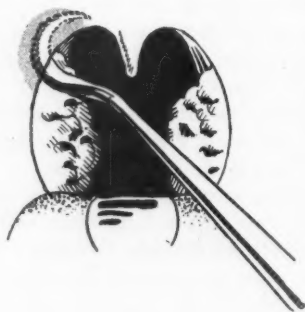


FIG. 3

La faux introduite dans le récessus palatin va séparer la jonction des 2 piliers.

1^o Libération de l'amygdale. — La faux-curette, insinuée à la partie supérieure, entre le pilier antérieur et l'amygdale, détache de haut en bas les adhérences qui les réunit, au moyen de son tranchant normal, dirigé vers le

bas. Elle sectionne ensuite, s'il y a lieu, le repli de Hrs. Enfin — comme dans le procédé de MOURET et CAZEJUST — on introduit l'instrument dans le recessus palatin, sous l'ogive formée par la réunion des 2 piliers. Le tranchant tourné vers le haut, on sectionne plus ou moins cette jonction des piliers, selon que le pôle supérieur de l'amygdale est plus ou moins enfoui dans le voile du palais.

La staphylotomie libératrice doit séparer les muscles glosso et pharyngostaphylins *dans le sens des fibres musculaires* et dégager *entièrement* le pôle supérieur, « qui vient montrer sa tête ». C'est là un point capital de l'opération.

Pour les adhérences entre l'amygdale et le pilier postérieur, il n'y a pas à s'en soucier ici. Elles seront détachées dans le 2^e temps de l'intervention, par l'abaissement de l'amygdale.

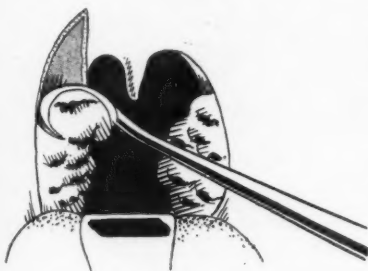


FIG. 4

La faux, coiffant le pôle supérieur, décolle et rabat l'amygdale.

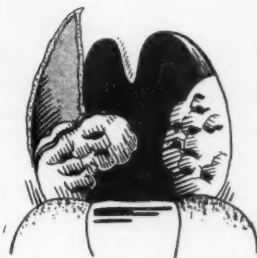


FIG. 5

L'amygdale, décollée de sa loge, dans les 2/3 supérieurs, n'est plus adhérente que par son 1/3 inférieur.

2^o Décollement de l'amygdale. — La faux-curette, mise horizontalement, vient coiffer de sa face concave le pôle supérieur de l'amygdale. Par un mouvement de pression de haut en bas, on décolle l'amygdale, grâce au bord inférieur de la curette, qui pénètre dans le plan de clivage anatomique et sépare facilement la capsule amygdalienne des muscles sous-jacents. On continue d'appuyer tant que l'amygdale se décolle. Quand on est arrivé au tiers inférieur, qui représente le *hile de l'amygdale*, le décollement extracapsulaire n'est plus possible. On s'arrête. A ce moment, l'amygdale, en grande partie détachée de sa loge, plonge plus ou moins dans l'oro-pharynx.

Ces 2 temps opératoires sont pratiqués à la suite, d'abord pour l'amygdale gauche, puis pour l'amygdale droite.

3^o Ecérèse de l'amygdale. — On abandonne la faux-curette et on prend la pince de RUAULT à larges mors. On ouvre ces mors, placés bien horizontalement et on introduit la pince. Tandis que le mors inférieur vient se caler sous le pôle inférieur de l'amygdale, le mors supérieur vient appuyer sur le pôle supérieur et insinue son tranchant entre l'organe et la loge. On ferme

lentement la pince, tout en la tirant légèrement, comme dans le procédé de TAPTAS. Au fur et à mesure que la pince se ferme, on voit l'amygdale se ployer et s'écraser entre les mors. Quand la pince est fermée complètement, l'amygdale détachée de sa loge, est cueillie d'une seule prise.

LES SUITES OPÉRATOIRES sont aussi simples, quoique un peu plus longues, que celles de l'amygdalectomie. La dysphagie persiste 2 à 4 jours mais s'atténue, dès que la loge amygdalienne s'est recouverte de sa fausse membrane. La cicatrisation complète demande une quinzaine de jours : les piliers se rapprochent et l'incision véléque disparaît le plus souvent sans laisser de cicatrice.

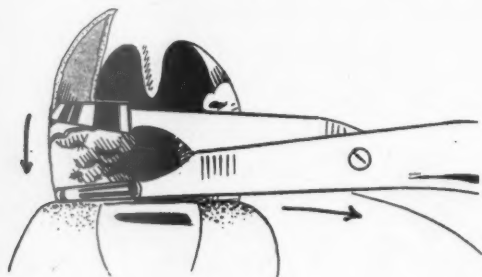


FIG. 6

L'amygdale est saisie, écrasée et détachée au moyen de la pince de Ruault.

* * *

L'amygdalectomie simplifiée est rapide, nous l'avons dit : elle peut être faite en moins d'une minute.

Elle fournit une hémorragie opératoire moins abondante que le morcellement. Le débridement du voile saigne peu ; quant au pédicule amygdalien, son hémorragie est peu abondante et peu durable : 1° grâce à l'hémostase préventive ; 2° grâce aux mors émoussés de la pince de RUAULT qui écrasent plus qu'ils ne mordent le pédicule amygdalien ; 3° grâce au treillis musculaire de la loge qui se contracte aussitôt, et constitue, dit VIELA, la meilleure des ligatures naturelles.

Elle est bien moins dangereuse que le morcellement à la Ruault, dont le « principe de pulsion » est antichirurgical, comme l'ont montré BRÉMOND et PRÉVOT. Grâce au décollement préalable, on épargne en effet les piliers et on s'éloigne des gros vaisseaux, aux hémorragies cataclysmiques. On ne risque pas, puisqu'on ne pousse pas la pince, de faire une échappée et de pincer la carotide interne, « danger vasculaire du pôle supérieur ».

Elle peut être pratiquée à tout âge, même chez le tout jeune enfant, en prenant une pince de RUAULT de calibre inférieur.

Enfin, elle donne un résultat comp'et et définitif. L'enfant ne risque ni les

récidives d'hypertrophie, ni les récidives de réinfection amygdalienne ou péri-amygdalienne.

Dans ces conditions, nous pensons que ce procédé, simple et rapide, peut remplacer le morcellement amygdalien, au même titre que les amygdalectomies, plus ou moins compliquées, à l'américaine ou à la française.

LIBÉRATION ET DISCISION DU POLE SUPÉRIEUR DE L'AMYGDALE PAR LE BISTOURI ÉLECTRIQUE (1)

Par **A. FOUQUET**

Assistant du service

Lorsqu'une indication de coagulation d'amygdale d'adulte est posée, soit en raison d'une tare physiologique (hémophilie, hypertension, insuffisance hépatique ou rénale) soit simplement en raison de l'âge ou du refus du sujet à une intervention sanglante, le principal facteur de réussite est la libération du pôle supérieur et du recessus sus-amygdalien.

La diathermo-coagulation telle qu'elle était pratiquée jusqu'à ces derniers temps par les applications de mono ou de bipolaire au moyen des appareils à éclateur présentait ce grave inconvénient d'obliger l'opérateur à la plus grande prudence vis-à-vis des piliers dont la coagulation engendre des réactions pénibles pour le sujet. Cette nécessité de respecter les piliers faisait employer des instruments parfaits tels que l'écarteur de Weill, la pince à préhension de Lemoine.

Il nous a semblé que la simplification des techniques étant à la base de la pratique de diathermo-coagulation, la présence de ces instruments dans la cavité oropharyngée était une gêne pour l'opérateur et que des applications faites un peu à l'aveugle dans la loge amygdalienne derrière le pilier même récliné ne sont pas exemptes de danger. Un autre facteur, non plus de technique, mais dû à la différence d'effet physiologique entre les courants à ondes entretenues et ceux à ondes amorties, permet de préférer les premiers même en coagulation simple. En effet dans le circuit d'intensité des appareils à lampes la D. C. se limite automatiquement en profondeur en utilisant les intensités faibles, le courant ne passant plus lorsqu'une légère épaisseur de tissus coagulés se trouve interposée au point d'application de l'électrode active. Ce phénomène de blocage ne se produit pas dans les applications d'intensité avec les appareils à éclateurs, avantage pour d'autres utilisations mais inconvénient dans la destruction des amygdales d'adultes. Enfin la réaction post-opératoire avec les ondes entretenues est nettement moindre.

(1) Communication faite à la Société d'O. R. L. des hôpitaux le 18 janvier 1930.

En dehors de ces avantages les appareils à lampe permettent l'utilisation du remarquable « bistouri électrique. »

Grâce à son emploi on pourra par la technique suivante libérer complètement un pôle supérieur d'amygdale quelles que soient les adhérences et les formations aponévrotiques qui en masquent la vue.

Dans la pratique un sujet ayant eu des abcès ou des amygdalites graves à répétition présente une zone cicatricielle scléreuse dans la partie supérieure de la loge amygdalienne ; de plus on constatera la présence d'un repli de His ⁽¹⁾ plus ou moins important.

Si l'on sectionne transversalement un pilier antérieur de cadavre suivant une ligne partant du sommet de la concavité du pilier antérieur, et légèrement oblique en bas et en dehors, on dissèque : la muqueuse et ses replis, les fibres du palato-glosse, l'aponévrose endopharyngée et plus en dehors vers l'insertion externe du pilier on rencontre les mêmes plans plus les fibres internes parfois aberrantes du constricteur supérieur.

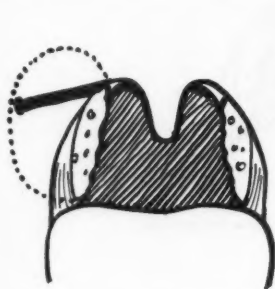


FIG. 1. — Tracé de la ligne de section.



FIG. 2. — Ouverture de la loge après la section du pilier.

Si on pratique cette même section avec le bistouri électrique, *in vivo*, on voit se produire une modification curieuse de ce plan antérieur de la loge. Les fibres musculaires du palato-glosse sectionnées transversalement et maintenues à leurs points d'insertions supéro-internes et inféro-externes font traction en se rétractant et le pôle supérieur de l'amygdale sort de sa loge se présentant ainsi pour une coagulation complète, aisée et sans risques. Cette boutonnière antérieure se fait toujours suivant un triangle à sommet externe et à base interne.

Il y a lieu de compléter cette libération par la section électrique des fibres profondes tendues entre le tissu amygdalien et la face postérieure du plan antérieur de la loge.

La ligne de section sera rectiligne, non incurvée en principe. Elle pourra être légèrement modifiée suivant quelques cas particuliers, par exemple, re-

⁽¹⁾ Nous appelons ainsi, ce qui en réalité constitue une même formation, rappelant l'aspect d'un prépuce.

levée en haut et en dehors lorsqu'on se trouvera en présence d'une amygdale à portion intravélique très développée.

La section doit être faite avec le minimum d'intensité utilisable pour le phénomène de section électrique au moyen d'une fine pointe adaptée au manche universel de l'instrumentation courante de D. C. on utilisera une fine électrode légèrement coudée en baïonnette dans son dernier centimètre. Cette modification permet d'être beaucoup plus à l'aise pour la section du pilier antérieur gauche.

On devra au cours de cette section reconnaître chaque plan anatomique ; par conséquent agir très légèrement en touchant à peine avec le « bistouri électrique » la zone de section. L'anesthésie sera faite au Bonain par application sur la face antérieure et si possible avec un porte-coton coudé sur la face postérieure du pilier antérieur ; on n'utilisera pas, autant que possible, l'infiltration à la novocaïne qui modifie les rapports des plans à sectionner.

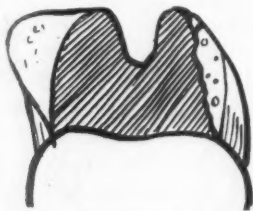


FIG. 3. — La cavité définitive après cicatrisation.

Le seul incident sera présenté par la section d'une branche de la palatine qui, très en dehors, chemine entre les plans aponévrotiques et le plan musculaire. Cette issue sanguine, qui ne mérite pas le nom d'hémorragie, cesse spontanément dans la grande majorité des cas au bout d'une ou deux minutes. Si elle persiste, nous conseillons un tamponnement adrénaliné sur les deux bouts de l'artériole et une coagulation à l'antidérapante dès que l'effet de l'adrénaline sera suffisant pour préciser exactement le point de suintement.

On doit après cette section électrique du pilier et libération du pôle supérieur faire une coagulation de la partie de l'amygdale en rapport immédiat avec les plans de section. La présence de ce tissu coagulé joue le rôle de corps étranger pendant l'épidermisation des deux bords du triangle de section et permet ainsi la formation *définitive* d'une cavité artificielle ouverte en dedans dans l'oropharynx, remplaçant le recessus amygdalien complètement libéré.

Par la suite, avec la plus extrême facilité suivant les règles habituelles on pratiquera les coagulations progressives afin de compléter la destruction et mise à plat des cryptes infectées.

Ce mode de libération du pôle supérieur de l'amygdale a été pratiqué depuis six mois sur quatre-vingt-cinq adultes, tant dans le service de notre

maître le Dr Bourgeois qu'en clientèle privée. Aucun accident n'est à relever ; une seule fois un sujet hypertendu de 45 ans présenta une hémorragie marquée, d'un grand quart d'heure environ, après section de la branche de la palatine ; elle céda à une injection de coagulène.

Les suites opératoires sont bien supportées par les malades. Une dysphagie de deux ou trois jours environ, avec légère otalgie possible, est la règle. On conseille l'absorption pendant ce temps d'aliments liquides et froids et la prise soit d'aspirine granulée, soit de petits cachets analgésiques.

L'intervention elle-même est indolore si on a soin d'atteindre l'effet complet du Bonain appliqué sur la face antérieure du pilier et si possible, sur sa face postérieure. L'utilisation du minimum d'intensité nécessaire à l'effet de section électrique doit être recherchée, car une intensité trop forte entraîne, outre une coagulation inutile des bords de la tranche de section une sensation pénible pour le sujet.

A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS DE NOMA

Par le Dr SOLAL (Tunis)

Maladie relativement rare en France, le noma s'observe assez souvent en Tunisie. Nous avons pu, en ces dix dernières années, réunir un certain nombre d'observations de cette maladie : nous les rapportons ci-dessous en insistant plus particulièrement sur la dernière, qui réalise le tableau le plus complet et le plus classique de la gangrène de la bouche :

Obs. I. — Enfant G., âgé de trois ans (malade du docteur Sfez). Noma consécutif à une fièvre typhoïde en septembre 1920. Nécrose étendue du maxillaire supérieur droit : sphacèle étendu aux muqueuses gingivale et jugale du même côté. On tente une intervention chirurgicale : ablation d'un énorme séquestre et excision des tissus sphacelés. Une courte amélioration est suivie de la reprise de la gangrène au niveau des parties molles de la joue. Le malade meurt dix jours après l'intervention.

Obs. II. — Enfant indigène âgé de six ans, amené le 21 février 1921 à ma consultation ; consécutivement à une rougeole sphacèle de la gencive au niveau des molaires supérieures et de la muqueuse jugale : infiltration dure de la joue. État général très mauvais. Mort le 26 février.

Obs. III. — Enfant B., âgé de 12 ans, vu le 1^{er} septembre 1922, avec son médecin, le docteur Lalloum. Complication d'une rougeole, la gangrène des parties molles siège au pourtour de la dent de six ans. Ablation des parties sphacelées, lavages avec une solution faible de permanganate, et attouchement des tissus infiltrés avec une solution au tiers d'acide chromique. Guérison très lente laissant un enfant très affaibli.

Obs. IV. — Enfant R., âgé de quatre ans. Fièvre typhoïde en octobre 1922, suivie de noma à la quatrième semaine, sphacèle de la gencive. Nécrose limitée à la mâchoire supérieure gauche au niveau des molaires. Élimination d'un séquestre et guérison.

Obs. V. — Enfant A., 8 ans. Fièvre typhoïde en 1923, suivie d'une stomatite ulcéro-membraneuse, qui se transforme en noma au niveau d'une plaque gingivale répondant à la seconde petite molaire supérieure : le sphacèle gagne la muqueuse jugale. Toutefois les lésions se limitent ; les tissus gangrénés sont éliminés : des bourgeons rosés se montrent et l'enfant guérit.

Obs. VI. — M. Ya..., âgé de quarante ans, à qui son médecin avait fait en décembre 1923, à la suite d'une hémorragie cérébrale avec hémiplegie, une première et unique injection d'huile grise, bien que rien dans les antécédents ou dans l'examen sérologique ne permettait de soupçonner la spécificité. Le malade qui présente un mauvais état dentaire avec de nombreuses caries, fait une stomatite mercurielle qui se transforme en une gangrène de la bouche : le sphacèle s'étend à une grande partie de la gencive et à la muqueuse

jugale du côté droit. Nécrose des maxillaires. De nombreux séquestres sont éliminés et le malade meurt de septicémie deux mois après l'injection mercurielle.

Obs. VII. — Enfant indigène âgé de 6 ans : en avril 1924, noma au cours d'une rougeole. Perforation de la joue et mort.

Obs. VIII. — Malade du docteur E. Lévy. Femme indigène de la campagne, âgée de trente ans, anémiée par des hémorragies utérines très abondantes dues à un fibrome. Fait en août 1927, au cours de soins dentaires, un noma ayant pour point de départ la gencive du maxillaire supérieur gauche au pourtour de la dent de sagesse cariée ; le sphacèle s'étend à la région voisine de la joue qui s'infiltre et se creuse. Le maxillaire supérieur se dénude. La température est élevée, le pouls rapide. Traitement par grands lavages, arsénobenzol en applications locales et en injections intraveineuses, attouchements à l'acide chromique. La malade meurt au bout de la troisième semaine.

Obs. IX. — Enfant de B., 8 ans, en octobre 1927, à la suite d'une scarlatine sévère fait une gangrène de la gencive autour de la dent de 6 ans : plaque de sphacèle jugale. Élimination de la dent de 6 ans, avec un séquestre. Malgré une pneumonie, l'enfant guérit.

Obs. X. — Femme âgée de 38 ans, enceinte au septième mois, présentant de l'albumine dans les urines. Surveillée par le docteur E. Lévy. Elle fait en octobre 1927, une stomatite ulcéro-membraneuse qui se transforme en noma autour de la dent de sagesse inférieure gauche : sphacèle de la gencive et de la muqueuse de la joue. Il y a une albuminurie massive. Au vingtième jour de la maladie, avortement spontané d'un fœtus mort et macéré. La malade meurt deux jours plus tard.

Obs. XI. — M. P., vieillard de 68 ans, vu en septembre 1929, avec le docteur. Enriquez. Nécrose étendue au maxillaire inférieur du côté gauche, sphacèle étendu de toutes les parties molles : le plancher de la bouche est infiltré au-dessus du mylo-hyoïdien rappelant l'angine de Ludwig. Ultérieurement extension à la joue qui se perforé. Mort. L'étiologie de ce cas n'a pu être précisée.

Obs. XII. — Nous rapportons cette observation en détail étant donné son intérêt.

M^{lle} A., âgée de 12 ans, fait à Djerba (île de Djerba, Tunisie), où elle résidait au début du mois de septembre dernier, une fièvre typhoïde grave avec hémorragie intestinale. C'est au cours de sa convalescence, au début d'octobre que pour la première fois la malade se plaint de la bouche. Le docteur Pariente, appelé, constate la présence d'une ulcération correspondant aux grosses molaires inférieures : elle siège au milieu d'une induration étendue de la joue. Notre confrère préconise des attouchements au bleu de méthylène avec applications extérieures de compresses humides. Ce traitement est suivi pendant quarante-huit heures puis la malade s'adresse à un rebouteux indigène qui, pendant dix jours, applique des onguents variés et avec des ciseaux excise l'épiderme. Constatant alors la formation d'une eschare grisâtre, il en fait l'ablation et pénètre brusquement dans la bouche. Effrayé il envoie la malade au docteur Pariente qui la dirige sur Tunis.

Nous la voyons avec le docteur Montefiore. La tête enveloppée de pansements et couchée dans le lit, elle apparaît dans un état d'amaigrissement avancé, avec un aspect profondément affecté. La fièvre est élevée, le pouls rapide.

En enlevant le pansement qui recouvre presque toute la face, on a, du côté droit un aspect vraiment hideux (fig. 1). Au-dessous d'un œil vivant se trouve une énorme région de tissu mort : c'est une vaste plaie irrégulière ayant environ dix centimètres de hauteur sur quinze de largeur. Elle est limitée :

En avant, par une ligne qui suit en haut le sillon naso-génien, mord ensuite sur le rebord narinaire longeant les orifices des narines, pour finir suivant un trait vertical coupant nettement les lèvres au niveau des canines du côté gauche. La partie gauche qui, seule, existe, s'éverse vers l'extérieur et présente une section rosée de tissu vivant recouvert de peau normale :

en arrière par le rebord postérieur de la branche montante du maxillaire, recouvert de lambeaux musculaires et de débris parotidiens mortifiés, d'un gris sale ;



FIG. 1

en haut, par une ligne située à environ deux centimètres du rebord orbitaire, se relevant en arrière pour contourner l'apophyse molaire où des masses musculaires sphacélées viennent cacher l'arcade zygomatique et l'articulation temporo-maxillaire. La peau à ce niveau est d'aspect blafard et recroquevillé ;

En bas, enfin, un sillon d'élimination suit le bord inférieur du maxillaire descendant plus bas en arrière, en découvrant des ganglions cervicaux.

Au centre de cette immense plaie se montre le squelette complètement dénudé : toutes les masses musculaires, les vaisseaux sont absents : l'échancrure faciale du rebord inférieur du maxillaire inférieur est inhabitée ; le trou mentonnier est béant et donne issue à

une légère sécrétion purulente. Les dents sont complètes et saines, à l'exception de la dent de six ans qui est cariée : c'est à son niveau que semblent d'ailleurs avoir débuté les lésions. Toutes les parties osseuses sont nécrosées ; complètement nettoyées des parties molles.

Les mouvements du maxillaire inférieur sont très limités : l'examen de la bouche — autant qu'il est possible de la faire — montre des muqueuses desséchées, rôties, avec des glaires visqueuses.

L'ensemble dégage une odeur de putréfaction épouvantable rendant le séjour dans la chambre et l'examen de la malade très pénibles. Celle-ci ne semble pas trop souffrir et est inconsciente de son état.

La malade traitée à Djerba par des attouchements au bleu de méthylène au novarsénobenzol, fut, devant l'insuccès obtenu, soumise à de grands lavages légèrement antiseptiques (Dakin, permanganate de potasse à 1/500).



FIG. 2

Après excision des tissus sphacelés, application de pansements au sérum physiologique et sérothérapie antigangréneuse et antistreptococcique. Sous l'action du traitement la plaie s'est détergée et les lambeaux de tissus gangrenés se sont éliminés : un bourgonnement rosé se montra au pourtour. Mais les phénomènes septicémiques prirent le dessus et la mort survint, le 2 novembre. A noter d'ailleurs qu'une guérison ne pouvait se concevoir sans élimination spontanées ou chirurgicale du squelette nécrosé : étant donné son étendue on voit l'énorme cavité que l'on obtenait.

Ces observations appellent un certain nombre de remarques. D'abord, si le noma est relativement fréquent en Tunisie, la question de climat ne peut être envisagée. Chaude en été, la température est très tempérée en hiver, très froide certaines années. Or, les cas observés l'ont été en toute saison et peut-être plus particulièrement en hiver. Nous sommes donc d'avis de

rejeter l'opinion des auteurs qui attribuent la fréquence du noma au froid (lorsqu'il a été rencontré en Hollande, en Russie) ou à la chaleur (Tonkin, Annam, etc.)

Par contre, la misère, la saleté, dans laquelle vivaient tous nos malades peuvent bien être incriminées. Il s'agissait soit de personnes pauvres vivant entassées dans des chambres mal aérées, sales, soit de personnes plus aisées mais n'ayant aucune notion de l'hygiène, surtout buccale.

Il est à noter, en outre, que dans les maladies infectieuses de l'enfance, et en particulier dans la rougeole, le secours du médecin est obstinément écarté par les milieux indigènes : les soins de propreté corporelle sont évités par crainte du refroidissement : aucune nettoyage de la bouche n'est fait.



FIG. 3

Bien que rencontré plus fréquemment chez les enfants, le noma n'est pas rare chez les adultes, à l'encontre de ce que disent les auteurs. Baldenweck rapportant la statistique de V. Bruns (11 adultes sur 415 cas) fait remarquer qu'ils ne sont touchés qu'exceptionnellement. Notre proportion (quatre cas sur douze soit un pour trois) est plus élevée. L'absence des fièvres éruptives chez l'adulte explique la moindre fréquence du noma chez lui, mais quand une maladie grave vient débilitier un organisme, et que l'état de la bouche facilite la maladie, la gangrène apparaît : et nous l'avons

rencontrée à la suite d'hémorragie cérébrale, d'anémie par hémorragies utérines, de grossesse avec albuminurie, etc.

D'autre part, nous avons noté que le début du sphacèle avait lieu au niveau de la muqueuse voisine d'une dent cariée : la dent de six ans, la dent de sagesse, dents souvent atteintes par la carie, ont été le centre de la plaque de gangrène dans plusieurs de nos cas. D'ailleurs, les lésions ont débuté presque toujours sur la muqueuse gingivale à l'encontre de la description classique qui localise ce début sur la face interne de la joue : ce n'est que secondairement que celle-ci est envahie. Le squelette sous-jacent a été toujours nécrosé et les guérisons rapportées ont été accompagnées de l'élimination d'un séquestre.

Enfin, notons chez quelques-une de nos malades la transformation en noma de stomatites ulcéro-membraneuses (faits déjà signalés par Bretoneau et Tourdes) et de stomatite mercurielle (comme dans le cas de Gresset).

Les phénomènes généraux n'ont pas été, du moins pendant une grande partie de la maladie, aussi graves qu'on pourrait le supposer. En dehors des symptômes de l'infection causale, le noma est au début une affection localisée qui ne retentit que secondairement sur l'organisme : il se produit alors une septicémie à point de départ buccal qui emporte le malade.

Les divers examens bactériologiques que nous avons fait pratiquer, nous ont montré les germes habituels : association fuso-spirillaire, microbes banaux de la bouche, anaérobies.

Le pronostic a sa sévérité connue : nous avons eu quatre guérisons seulement sur douze cas.

Quant au traitement, il semble bien qu'aucun n'a eu un caractère spécifique : les divers topiques, bleu de méthylène, arzénobenzol — ce dernier en injections intraveineuses également, — les vaccins antigangréneux, antistreptococcique, n'ont été que d'un faible secours. Les cautérisations ignées ou chimiques (acide chromique) n'ont pu limiter les lésions. Nous nous sommes tenu à une grande hygiène buccale avec de grands lavages faiblement antiseptiques : les tissus sphacelés ont été excisés soigneusement et les séquestres extraits chirurgicalement lorsqu'ils ne s'éliminaient pas spontanément. Les pansements au sérum physiologique ont favorisé le bourgeonnement au pourtour de la perforation de la joue.

Cette étude nous montre donc que le noma est une forme particulièrement grave de stomatite se développant sur un terrain affaibli par une maladie antérieure, à la faveur de troubles locaux : caries dentaires en particulier.

La nature du climat n'agit guère sur son apparition, mais la mauvaise hygiène buccale et générale la favorisent.

Le pronostic est sévère, la thérapeutique inopérante dans la plupart des cas.

Bibliographie

- CANUYT. — Le noma (*Revue de Laryngologie, d'otologie et de Rhinologie*, 15 janvier 1919, p. 1).
- G. PORTMANN. — Noma grippal (*Presse médicale*, 24 juillet 1919).
- SEGUIN et KRITCHEVSKY. — Un cas de gangrène buccale consécutif à une extraction dentaire. (*Revue de stomatologie*, 1921, n° 8).
- GRESSET. — Nécrose de tout le bord alvéolaire du maxillaire inférieur au cours d'une stomatite mercurielle gangréneuse par injection d'huile grise (*Société d'Anatomie*, 29 janvier 1921).
- BALDENWECK. — La gangrène de la bouche. (*Journal Médical Français*, février 1923).
- Gaston PICOT et Charles RUPPE. — A propos d'un cas de syphilis du maxillaire inférieur compliqué de noma (*Presse Médicale*, 28 mars 1923, p. 288).
- TEPHANY. — Un cas de noma chez un indigène (*Maroc Médical*, 15 décembre 1923).
- NOGUÉ. — Noma très amélioré par le stovarsol (*Société de Pathologie exotique*, 13 mai 1925).
- FREY et LEMERLE. — Pathologie des dents et de la bouche.
- GAILLARD et NOGUÉ. — Maladies de la bouche par Nogué. (*Traité de stomatologie*, tome VII), p. 280.
- GILBERT et CARNOT. — Maladies de la bouche par Roque et Gaillard, *Traité de médecine et de thérapeutique*, tome XV). p. 31.
-

LES TROUBLES PHYSIOPATHIQUES CHEZ LES ANCIENS BLESSÉS DE LA FACE (1)

Par P. BERTEIN

Professeur agrégé du Val. de-Grâce

A côté des désordres fonctionnels de topographie définie relevant d'une lésion des nerfs, s'observent, chez les anciens traumatisés des troubles d'interprétation moins facile dont la nature, la répartition ne répondent à aucune altération précise du système nerveux cérébro-spinal périphérique. Après Vulpian et Charcot (2), Babinski et Froment (3) ont étudié complètement ce qu'ils ont appelé les troubles physiopathiques des anciens blessés de guerre, à l'origine desquels ils font jouer un rôle prépondérant aux perturbations du système sympathique. Le travail de ces auteurs a porté exclusivement sur les blessés des membres. On ne trouve dans le livre qu'ils ont écrit aucune mention d'un blessé de la face. C'est pourtant au niveau de la face que sont apparus à l'observation des physiologistes tout d'abord, puis des cliniciens les premières expressions d'un trouble sympathique.

Il n'est pas de région où l'innervation végétative : sympathique périorbitaire, sympathique trigéminal, soit aussi riche qu'au niveau de l'extrémité céphalique. Le nerf trijumeau notamment n'appartient-il pas autant au système végétatif qu'au système de la vie de relation. C'est le principal nerf sympathique de l'économie.

Or, en dehors de quelques faits épars, de Reverchon et Worms (1) de ce dernier en particulier, de Rebattu et Proby, on n'a guère attiré l'attention sur les troubles physiopathiques post-traumatiques chez les blessés de la face, blessés fort nombreux pourtant dans une guerre de tranchées où le segment céphalique s'est trouvé plus particulièrement exposé aux projectiles.

Ces troubles toutefois, et en dépit des conditions anatomiques favorables que nous venons de rappeler sont rares à la face. Rareté peut-être plus apparente que réelle ; on ne pratique pas toujours, en effet, systématiquement chez les anciens mutilés, les examens oculo-pupillaires, pituitaires et autres. Sans doute aussi, est-il difficile de relever au niveau des minces lames musculaires doublant le tégument facial les troubles de la tonicité, les atrophies

(1) Congrès français d'O. R. L. 1929.

(2) VULPIAN, *Des atrophies musculaires dites réflexes. Maladies du système nerveux*, 1886, tome II, p. 541.

(3) BABINSKI et FROMENT. *Hystérie, Pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe*. Paris Masson ; collection horizon, 1918.

si souvent observées au niveau des membres. Enfin, nous ne disposons pas encore, à la face, de moyens scientifiques d'étude des troubles circulatoires par lesquels se caractérise éventuellement la pathologie des anciens blessés des membres. Seule, la détermination de la tension rétinienne commence à entrer dans la pratique ; mais elle reste dans le domaine ophtalmologique et n'est encore aux mains que de quelques spécialistes. Et, pour la spécialité rhinologique, à quand l'appareil de mesure de la tension pituitaire ?

En attendant des faits plus nombreux et plus de précision dans leur étude, voici quelques observations les plus typiques parmi d'autres, ou s'avère l'existence de ces troubles physiopathiques ; contractures, états parétiques, troubles vaso-moteurs, sécrétoires, existant isolément ou diversement associés.

Observation I

Dam., 20 ans, aîné de 8 enfants, tous bien portants, sans antécédents pathologiques. Entré à l'hôpital le 27 août 1926.

Il a été renversé par une auto et projeté sur le trottoir. La région sus-orbitaire gauche a été contusionnée. Il en est résulté une plaie sans importance, semble-t-il, superficielle, qui ne nécessite pas de suture et permet la sortie de l'hôpital le 4 mai, rien par ailleurs n'ayant attiré l'attention sur un trouble nerveux consécutif à la blessure. Une huitaine de jours après on le revoit à l'hôpital : le sujet a remarqué que sa vision a baissé.

A l'examen, on note une cicatrice minime superficielle cachée sous le sourcil gauche, un rétrécissement de la fente palpébrale. L'œil gauche plus humide que l'œil droit apparaît nettement plus enfoui dans l'orbite. Injection vasculaire de l'angle interne de l'œil. La pupille est en myosis. Pas de modifications du fond d'œil : V. O. G = 1/2 ; V. I. D. = 1.

Il existe un hémispasme facial à gauche. De temps à autre, sans régularité en même temps que les paupières se ferment brusquement, on voit à gauche les zygomatiques entrer en jeu un instant.

Le sujet accuse en outre une certaine gêne respiratoire nasale. Toutefois, la rhinoscopie ne montre qu'une muqueuse un peu congestive sans tuméfaction appréciable. L'aspect est le même à droite et à gauche. Aucune douleur subjective. La pression au niveau du sourcil est seulement un peu douloureuse. Par comparaison avec le côté opposé, on note que la zone cicatricielle est déprimée, atrophique. Pas de troubles vaso-moteurs. Le sujet a été examiné aussi dans un service de neurologie ou, en dehors du syndrome de C. Bernard, Horner, on a relevé une certaine excitation psychique décrite chez les paralysés du sympathique par V. Néri et symptomatique de la vaso-dilatation cérébrale (Pr. ag. Rouquier).

Observation II

Ch. blessé au Maroc par balle le 15 septembre 1925. Orifice d'entrée exactement prétragien gauche, orifice de sortie dans la région sus-orbitaire à droite à deux travers de doigt au-dessous de l'angle externe de l'orbite. N'a subi aucune intervention. L'œil était seulement un peu rouge. Évacué à Toulon, il reprenait son service après convalescence fin janvier 1926. Il entre à l'hôpital Desgenettes, le 2 février. Il a toujours souffert, nous dit-il, depuis sa blessure. Douleurs continues siégeant dans toute la zone hémimaxillaire

supérieure droite : « ce sont les os qui font mal ». Ces douleurs empêchent la mastication du côté droit. Elles présentent des exacerbations notamment à l'occasion du froid ou lorsque le sujet baisse la tête ; à ce moment, le sujet accuse des battements douloureux et l'hémiface se colore prenant une teinte violacée. Pas de modification de la sécrétion sudorale notée par le malade.

A l'examen objectif : cicatrices punitiformes indolore à gauche, un peu sensible à droit. Hyperesthésie de la face dans tout le domaine du maxillaire supérieur. Pas de trouble de la sensibilité cornéenne. Mydriase du côté droit avec légère protusion oculaire mesurable à l'exophtalmomètre : O. D. : 18, O. G. : 17, V. O. D. G. : 1. Petit frémissement musculaire intermittent toutes les 4 ou 5 secondes limité à l'orbiculaire inférieur droit. Le sujet accuse une sensation de sécheresse de la fosse nasale à droite et de la gorge du même côté. La rhinoscopie montre du même côté droit une muqueuse sèche mais bien nourrie. Large adhérence du cornet moyen à la cloison consécutive à la traversée du projectile. Déviation de la cloison à gauche. Sinus maxillaire droit à peu près opaque à l'illumination et à la radiographie. L'exploration opératoire sinusale sous anesthésie du canal palatin, est négative. On pratique trois semaines après, la résection du cornet moyen droit adhérent (11 mars 1926).

Revu le 1^{er} mai, le sujet qui a repris son service ne souffre plus que faiblement et seulement quand il fait un effort ou qu'il baisse la tête.

Les troubles oculo-pupillaires que nous venons de relever dans ces 2 observations existent parfois à l'exclusion de toute autre manifestation physiopathique. Ces faits appartiennent plutôt à l'ophtalmologie. Nous ne relaterons donc que succinctement le fait suivant et un autre où le trouble physiopathique consistait en une altération trophique de la cornée.

Observation III

Un jeune étudiant rentrant en chemin de fer de vacances, reçoit dans l'œil droit quelques éclaboussures de la glace brisée de la portière du compartiment. Réaction inflammatoire superficielle seulement. La vision est normale. Pas de rétention de corps étranger. Un mois après, toute hyperémie conjonctivale ayant disparu depuis longtemps déjà, il s'inquiète de la légère saillie de son œil hors de l'orbite et de la mydriase qui lui donnent un regard étrange attirant l'attention de son entourage. 2 mois après l'accident les signes oculo-pupillaires persistaient.

Observation IV

Blessé par E. O. dans la région sus-orbitaire ; cicatrice profonde déprimée. Encoche squelettique large admettant un travers de doigt. Névralgie sus-orbitaire avec anesthésie dans le territoire du nerf. Le blessé a vu se développer après le traumatisme sans phénomènes inflammatoires, sans rien qui rappelât l'évolution d'une kératite deux opacifications calcifiées proches le limbe et développées dans les interstices de la cornée dont la sensibilité au palper est émoussée.

Observation V

Ancien blessé par E. O. Cicatrices peu apparentes, l'une au niveau de l'angle interne de l'œil gauche, l'autre répondant à la sortie du projectile à droite au ras de la branche montante du maxillaire inférieur un peu au-dessus de l'angle. On peut admettre que le trajet

a intéressé la région nerveuse sphéno-palatine droite. Le sujet éprouve dit-il du côté de la fosse nasale droite des sensations de brûlure que l'inspiration forcée exagère. Le nez est le siège, seulement de ce côté, d'un écoulement séreux chronique. A la rhinoscopie la cloison est irrégulière, la muqueuse est hypertrophique à droite, elle est pâle humide, comme lavée.

De lui-même, le sujet attire l'attention sur un autre symptôme curieux. Quand il mange, dit-il, la sueur lui coule sur le visage du côté droit et il tient à en donner la preuve : on lui donne un morceau de pain qu'il mastique lentement ; on ne note rien d'anormal dès l'abord ; après 4 minutes environ, le sujet annonce : « Voilà » et la crise sécrétoire se déclanche. Les deux tiers inférieurs de la région temporale, là ou quelques instants avant on ne notait rien d'anormal, se couvrent de sueur. A la base de chaque poil perle une goutte liquide. La peau est rouge et la tempe rappelle celle d'un promeneur marchant depuis longtemps au grand soleil. En même temps, les poils apparaissent en érection. Du côté gauche, on ne note aucune modification vasculo-sécrétoire. Le trouble sudoral est strictement limité à la zone temporale susdite et ne débord pas par en bas la ligne des cheveux. La crise paraît liée uniquement aux mouvements de la mâchoire et indépendante des sensations gustatives. La mastication d'aliments sapides ou épicés ne donne d'autres résultats que ceux obtenus à l'aide d'une bouchée de pain.

Observation VI

F., 38 ans. Galochier, blessé le 26 février 1916, à Douaumont, par E. O. Celui-ci entré au niveau de la région sus-malaire gauche a été extrait ou plutôt cueilli sans difficulté contre l'aile du nez du même côté à l'intérieur de la narine. Il existait à ce moment une communication entre la fosse nasale et la plaie d'entrée. Le blessé soufflait de l'air par celle-ci en se mouchant. Un drain fut mis en place dans le trajet non incisé. 3 mois après ce dernier était cicatrisé. Le sujet n'éprouvait aucun trouble. Il avait toutefois été réformé en septembre 1916, car l'éclat ayant atteint avant la joue avait d'abord traversé le pognon du tireur frappé au moment où il épaulait. Il en était résulté une impotence fonctionnelle appréciable.

Les troubles suivants sont apparus insidieusement à une date que le sujet ne peut préciser, en tout cas, semble-t-il, longtemps après sa blessure, plusieurs années même puisqu'il ne réclame un examen et une pension qu'en 1928. Ce qui l'y a déterminé, c'est qu'il ne sent plus les odeurs. De fait, il ne perçoit pas celles de l'acide phénique ni de l'éther. L'ammóniaque lui donne une sensation de brûlure mais sans odeur. Il a remarqué en même temps que l'œil gauche pleurait et que la fosse nasale du même côté était toujours humide. A certains moments, il offre de véritables crises sécrétoires oculo-nasales qui l'empêchent de travailler. L'eau lui coule du nez sans qu'il s'en rende compte. Il s'inquiète en même temps d'un petit trou qui se creuserait dans le sillon naso-génien. Il existe là en réalité un état de contracture permanente des muscles de l'aile du nez creusant un peu le sillon en un point. On note en outre, dans la région de petites secousses musculaires qui relèvent non seulement l'aile du nez mais la commissure labiale. Aucun trouble de la sensibilité subjective ou objective de la face. Pas de changement de coloration de la peau notées par le malade ni au moment de l'examen. Par contre, on constate une asymétrie faciale par hémiatrophie droite portant sur l'ensemble de la musculature. Réflexe pilo-moteur normal. Réflexe oculo-cardiaque 64-44. Rhinoscopie : atrophie partielle de la pituitaire à droite. Il existe à gauche une crête de cloison gênant l'observation. La muqueuse de ce côté aussi paraît amincie. Diminution notable de la sensibilité de la muqueuse à gauche. Le réflexe naso-oculaire retardé et peu marqué à gauche paraît normal à droite. Le sinus maxillaire gauche est complètement obscur. Troubles physiopathiques de la narine gauche simulant

grossièrement une greffe cubitale enore que le projectile n'ait pas intéressé le trajet du nerf.

Il est difficile de préciser la date d'apparition de ces complications des traumatismes de la face. Il semble bien qu'elles soient *tardives*. Les réclamations, les plaintes qu'elles suscitent ont été enregistrées chez les anciens blessés de guerre dans ces dernières années seulement. Toutes nos observations sont de date assez récente. Les plaies causées par le projectile sont cicatrisées depuis longtemps, la fracture, quand elle existe, s'est consolidée lorsque apparaissent les premiers troubles assez peu gênants, du reste parfois, pour ne pas inquiéter aussitôt le sujet. Les *douleurs* sont accusées souvent les premières. Débordant largement la zone traumatisée, profondes, lancinantes, offrant des exacerbations notamment quand le sujet baisse la tête, elles réalisent parfois seules la séquelle physiopathique. Le plus souvent s'y adjoignent l'*hémipasme facial* très fréquent à siège surtout orbiculaire inférieur ou zygomatique, le *déséquilibre circulatoire*, les *troubles oculo-pupillaires*. Nous n'avons pas observé de manifestations paralytiques. Les *troubles sécrétoires cutanés* sont exceptionnels. Dans l'observation 5 » d'un projectile inclus dans le territoire auriculo-temporal, on note des crises sudorales dans la zone nerveuse, déclanchées par la mastication. Les *troubles sécrétoires de la muqueuse pituitaire* sont, par contre, très souvent relevés. Le sujet se plaint d'hydrorrhée nasale intermittente, d'autres fois au contraire, d'avoir le nez sec et de l'impossibilité de ramener en se mouchant aucune sécrétion. Chez un sujet porteur d'une cicatrice de la région maxillaire supérieure, l'écoulement nasal séro-muqueux accompagné de douleur dans la zone sinusale ne doit pas toujours être considéré comme l'expression d'une sinusite persistante, même alors que la radiographie montrerait l'obscurité du sinus maxillaire (Obs. 2).

Les *troubles trophiques cutanés ou muqueux* sont exceptionnels. Chez notre malade de l'observation 6, on notait une hémiatrophie faciale et une atrophie partielle de la pituitaire. L'origine de cette dernière a été amplement discutée chez les traumatisés de la face depuis l'observation princeps de Reverchon et Worms ⁽¹⁾. On est d'accord aujourd'hui pour admettre qu'il n'est pas besoin pour expliquer cette atrophie d'invoquer l'atteinte précise par le projectile du ganglion sphéno-palatin, ni du bloc nerveux de la fosse ptérygo-maxillaire. Mais nous ne croyons pas davantage qu'il faille invoquer une lésion minime hémorragique de la région gassérienne ⁽²⁾, non plus qu'une névrite extensive. Le trouble trophique pituitaire est entièrement assimilable à l'amyotrophie de la cuisse succédant à une contusion légère parfois du genou. Pas n'est besoin pour expliquer cette dernière d'incriminer l'atteinte du crural. L'atrophie de la muqueuse comme celle

⁽¹⁾ REVERCHON et WORMS, Rhinite atrophique consécutive à une blessure de la région ptérygo-maxillaire (*Revue Oto-Neuro-Oculistique*, janvier 1924).

⁽²⁾ F. LÉVY, Syndrome sphéno-palatin et syndrome gassérien (*Archives de laryngologie*, novembre 1925 et mars 1926).

du muscle est un trouble réflexe déclanché suivant un mécanisme précisé il y a longtemps par Vulpian ⁽¹⁾. L'excitation produite par la lésion périphérique, et celle-ci peut-être minime, est transmise par les filets sensitifs jusqu'à la substance grise spinale ou bulbaire et réfléchi par voie centrifuge vers la périphérie.

C'est ici qu'intervient le système sympathique et la voie centrifuge du réflexe est représentée par les fibres végétatives périvasculaires et trigémisées. On ne peut s'expliquer sans leur intervention l'allure trophique vaso-motrice ou sécrétoire des troubles réflexes. Les spasmes musculaires souvent observés ne sont eux-mêmes qu'une conséquence du désordre végétatif. On admet généralement aujourd'hui en effet l'intervention du système sympathique dans le déterminisme du tonus musculaire.

Il est chez les blessés de la face d'autres troubles tout différents qui nous paraissent dans certains cas ressortir du même mécanisme. Nous voulons parler des troubles sensoriels, plus particulièrement de l'*hyposcousie*, des *vertiges* dont se plaignent souvent les blessés de la région auriculaire. Sans doute, hâtons-nous de dire, dans nombre de cas où le massif péto-mastoïdien a été profondément intéressé, l'explication du déficit sensoriel est manifeste. Elle l'est encore en dehors de toute blessure apparente, chez les sujets ayant subi les effets d'une déflagration proche d'obus de gros calibre. Mais les troubles de l'audition, de l'équilibre sont accusés aussi dans des cas de blessures des seules parties molles : plaies superficielles du pourtour méatique du pavillon, atteinte des muscles de la nuque en arrière de la mastoïde, elle-même demeurée intacte. Il est difficile alors d'invoquer l'altération directe des éléments sensoriels par le projectile ou l'ébranlement aérien.

Chez un sujet, dont nous n'avons pas rapporté l'observation car elle a été tout récemment publiée par Proby qui avait avant nous examiné le malade ⁽²⁾ : les bourdonnements, la sensation d'oreille bouchée accompagnaient et du même côté la crise vaso-motrice et sécrétoire : nous estimons qu'il s'agit là encore de troubles fonctionnels liés à un déséquilibre vasculaire réflexe des cavités du rocher, le plus souvent du labyrinthe. On connaît bien le syndrome dit commotionnel des blessés du crâne dont la blessure est parfois très superficielle. Les neurologues admettent généralement aujourd'hui que les éléments de ce syndrome sont la conséquence de troubles vaso-moteurs engendrés par le traumatisme.

Il y a lieu, croyons-nous d'adopter cette interprétation en ce qui a trait à l'expansion labyrinthique du cerveau. Cette notion d'un désordre vasculaire à l'origine de l'hyposcousie et des vertiges chez les petits blessés est autrement satisfaisante que celle imprécise et sans substratum anatomopathologique défini de la vieille commotion.

En terminant, nous noterons l'importance qu'il y a de relever chez les

(1) VULPIAN, *Loc. cit.*

(2) PROBY, Syndrome vaso-moteur de la face (*Journal de médecine de Lyon*, 20 juillet 1929).

anciens blessés de la face l'existence des troubles physiopathiques. D'une part, il est intéressant de les rapprocher de ceux identiques signalés au niveau des membres et d'unifier la pathologie de ces derniers, et celle du segment céphalique. D'autre part, et au point de vue de la pratique courante, il sera possible parfois quand l'épine irritative est bien déterminée et accessible, de modifier en la supprimant les désordres qu'elle engendre (obs. 2).

Et puis, à s'en tenir à la seule expertise clinique, il arrive qu'on ne trouverait souvent à relever chez le blessé comme séquelle traumatique que les phénomènes douloureux, manifestations subjectives contestables parfois étant donné la cicatrice minime persistante. L'étude attentive du caractère de ces douleurs, surtout l'examen objectif du tégument, de la pituitaire, de l'œil, de la tonicité musculaire du visage viendront souvent si l'on veut bien s'appliquer systématiquement à les découvrir, attester la véracité des dires de l'intéressé et démontrer les profondes modifications apportées par un traumatisme paraissant tout d'abord bénin, à la physiologie de la face. La constatation de ces désordres en apportant une base objective solide aux conclusions de l'expertise, en renforcera la force démonstrative.

EN MARGE DE LECTURES

L'OSTEO-PHLEGMON DIFFUS DES MAXILLAIRES

Parmi les accidents d'origine dentaire frappant le maxillaire supérieur ou inférieur, il en est un que sa gravité, les décisions opératoires qu'il commande, indique particulièrement à l'attention des spécialistes : c'est l'ostéo-phlegmon diffus des maxillaires, encore appelé ostéite nécrosante aiguë des maxillaires, à laquelle un élève du Professeur Sébilleau, P. de Tanouarn, vient de consacrer sa thèse. Deux observations empruntées à ce travail, l'une pour le maxillaire supérieur, l'autre pour le maxillaire inférieur, permettront de fixer la physionomie clinique de cette affection.

Ostéo-phlegmon diffus du maxillaire supérieur

« Le 14 octobre 1926, Mme G., 29 ans, se faisait extraire par un dentiste la deuxième prémolaire supérieure gauche, laquelle était couronnée et la faisait souffrir depuis longtemps : anesthésie locale. Le 17, elle venait consulter à Lariboisière où on l'hospitalisait, salle Winslow.

La malade présente une tuméfaction gingivale sur le bord externe du maxillaire, tuméfaction s'étendant depuis la molaire du côté gauche, jusqu'à l'incisive latérale du même côté. Il existait une tuméfaction palatine rendant l'alimentation impossible ; l'état général est mauvais, le teint pâle, l'hémiface très gonflée, les paupières œdématisées, surtout à gauche.

Nous pratiquons une incision au bistouri, le long du rebord alvéolaire depuis la molaire jusqu'à l'incisive latérale gauche. Quelques gouttes de pus mal lié s'échappent par l'incision. Nous pratiquons une deuxième incision : elle est palatine paramédiane. Là, encore s'échappe du pus mal lié, d'odeur infecte. Le 18 octobre la tuméfaction a diminué, tout au moins sur la face et la paupière inférieure. Sur la gencive elle est encore très prononcée. Cette tuméfaction boursouffle la muqueuse qui est violacée ; elle part de la première molaire supérieure gauche, qui, jadis, avait été obturée et s'étend jusqu'à l'incisive latérale du côté droit. Les dents sont très douloureuses, soit spontanément soit à la percussion, empêchant la malade de dormir. Elles deviennent branlantes les unes après les autres, et, entre chaque dent et l'alvéole, on voit du pus fuser sous la gencive décollée, véritable pyorrhée aiguë.

Nous maintenons ouvertes les deux incisions pratiquées. Aux enveloppements humides, aux attouchements au bleu, au novar glyciné, nous ajoutons du propidon. Mais l'état général s'altère : 38°5, anorexie complète, pouls rapide. Suivant le conseil de certains auteurs, nous patientons ; mais le 27 octobre, devant les douleurs, la mobilité des dents, l'atteinte de l'état général, nous décidons d'intervenir et extrayons : la dent de six ans gauche, plombée, la centrale, la latérale, la canine, la prémolaire du même côté. Nous épargnons la centrale droite qui est mobile, mais qui ne laisse pas sourdre de pus dans son alvéole. Nous curettons les alvéoles et iodons. Dès le 28, la malade se trouve soulagée, la tuméfaction diminue, la température descend à 38°, l'alimentation est possible.

Les jours suivants, la température redevint normale ; tuméfaction gingivale et palatine s'atténuèrent rapidement. Après quelques petits curettages et applications de nitrate d'argent, des séquestres s'éliminèrent. La cicatrisation était complète 15 jours après l'opération. »

Ostéo-phelgmon diffus du maxillaire inférieur

« M. F., 42 ans, greffier d'expertise. Le 25 septembre 1928, vient consulter pour une tuméfaction de l'hémiface droite. Il suinte au niveau d'une dent extraite les jours précédents et jadis traitée, quelques gouttes de pus. Curettage de l'alvéole.

Le 27, le malade se plaint d'une sécrétion purulente exagérée. L'alvéole de la dent extraite laisse sourdre du pus en assez grande quantité. La température atteint 38°2. L'empâtement de la région comprise entre la joue et l'arcade dentaire est marqué. On incise alors le long du maxillaire inférieur, et du pus s'échappe par la plaie. Bains de bouche et propidon. Le malade ne semble pas réagir au propidon, et le 29 la température est toujours de 38°2. L'empâtement de l'hémi-face n'a pas diminué ; par l'incision pratiquée dans le sillon gingivo-lingual s'échappe toujours du pus. Près de l'angle de la mâchoire, on sent une tuméfaction fluctuante, douloureuse, rouge. On pratique alors une incision de 5 centimètres le long du bord inférieur du maxillaire inférieur. Abondant écoulement de pus. Drainage, bains de bouche, et toujours propidon. Mais la température ne cède pas, et le 4 octobre on note la mobilité anormale de toutes les dents restantes du maxillaire inférieur droit. Ces dents sont atrocement douloureuses. Il s'échappe du pus entre ces dents et la gencive.

Nous pratiquons alors l'extraction des deux prémolaires, de la canine, de la latérale et de la centrale. Le tout du côté droit. Nous conservons la centrale et la latérale gauche qui branlent également, mais très légèrement. Puis nous curettons doucement la région malade ; le curettage ramène de nombreux séquestres, un surtout assez volumineux situé près de la symphyse mentonnière. Ecouvillonnage à l'iode de la région malade.

Les jours suivants, l'état général du malade s'améliore considérablement,

le suintement diminue. La plaie extérieure se referme, les dents branlantes se consolident. Quelques petits séquestres s'éliminent encore spontanément. Le 17 octobre, nous pratiquons encore un petit curettage pour hâter la cicatrisation. Le 1^{er} novembre, le malade est revu, prêt à être appareillé ».

Dans ces observations, plusieurs points d'ordre général ou local méritent de retenir l'attention, parce qu'ils différencient ces accidents de l'ostéo-phlegmon simple circonscrit, tel qu'on le voit décrit dans la thèse de Truffert. C'est d'abord l'atteinte de l'état général : tous ces malades sont profondément infectés. Cet état septicémique, dont Sébilleau a décrit les diverses formes, chez un malade déjà taré, peut même entraîner la mort. Quant on examine la bouche, on trouve des infiltrations plus ou moins étendues sur la face externe ou interne du maxillaire comme dans tout ostéo-phlegmon, mais le caractère essentiel se note au niveau des dents. La douleur en effet, au lieu d'être limitée à une seule dent s'étend et gagne les voisines. De proche en proche, à mesure que la lésion s'étend, celles-ci sont successivement ébranlées. Entre elles et le rebord alvéolaire le pus apparaît : ce dernier signe est absolument caractéristique. Il y a suivant l'expression de Sébilleau, une véritable *pyorrhée aiguë*, indiquant que les lésions sont infiniment plus étendues que dans l'ostéo-phlegmon circonscrit, et l'on s'explique pourquoi le traitement appliqué dans ce dernier cas, l'avulsion d'une seule dent, serait ici tout à fait insuffisant. Ces dents qui baignent ainsi dans le pus peuvent être absolument saines. Si l'on introduit un stylet dans une alvéole ou dans un des pertuis qui laissent sourdre du pus, on arrive sur un os dénudé, nécrosé. Ce qui caractérise, en effet, anatomiquement l'ostéo-phlegmon diffus des maxillaires, c'est qu'il s'accompagne d'une manière à peu près constante, de nécrose. L'étendue et le nombre des séquestres varie. Ils sont parfois extrêmement importants, surtout quand le point de départ de l'infection siège au niveau d'une dent de sagesse : la branche horizontale, l'angle, parfois même tout le maxillaire inférieur peuvent être mortifiés. Quand la nécrose a été rapide, les séquestres sont lisses et unis ; ils sont au contraire recouverts d'ostéophytes dans les nécroses à marche lente. Ultérieurement, un os nouveau d'origine périostique se formera. Mais ce processus n'a lieu que pour le maxillaire inférieur ; il n'y a pas de régénération à la mâchoire supérieure. Quant à l'os néoformé, il présente les aspects les plus variables, suivant l'étendue des lésions. Parfois, il revêt l'aspect d'une gouttière concave, dans laquelle se loge le séquestre, comme l'a montré Broca. Il est important de noter que l'infection et la nécrose s'attaquent essentiellement à la partie alvéolaire du maxillaire, au delà se trouve de l'os compact qui le plus souvent est indemne. La partie alvéolaire seule est lésée, non la partie basilaire.

Des lésions aussi graves et aussi étendues peuvent naturellement s'accompagner de complications. Nous avons déjà mentionné les complications d'ordre général (Sébilleau). Localement, on peut voir le foyer purulent s'étendre à l'articulation temporo-maxillaire (Dufourmontel), aux muscles voisins, temporal, masséter, etc. (Truffert). On a signalé des phlébites de la

faciale et de la jugulaire, et parfois même des hémorragies foudroyantes d'origine carotidienne. Parmi ces complications, il en est une qui offre un intérêt tout particulier : ce sont les phlegmons orbitaires consécutifs aux ostéites diffuses du maxillaire supérieur. Cette complication est d'autant plus intéressante que son origine réelle est souvent méconnue. De même que l'adéno-phlegmon, en tant que complication de la carie dentaire, n'existe pas (Sébileau, Truffert) de même, il semble que ce soit une erreur d'attribuer, au moins chez l'adulte, au phlegmon orbitaire une origine sinusienne maxillaire. Cette question nécessiterait une étude particulière ; nous nous contenterons de reproduire quelques lignes de l'excellente thèse déjà ancienne de Loyauté : « Les ostéites étendues ou diffuses du maxillaire supérieur sont des affections relativement fréquentes. Elles relèvent presque toujours d'une origine dentaire. Elles ont pour caractère leur suppuration, leur tendance à la nécrose. Leur diagnostic s'impose ordinairement par une série de symptômes évidents qui apparaissent tant dans la bouche qu'à la face : augmentation de volume de l'os, phénomènes douloureux spontanés ou provoqués, réaction des parties molles, abcès prémaxillaire et rétro-maxillaire (empyème sinusal). Les complications orbitaires phlegmoneuses ne sont pas rares : les unes sont de véritables périphlébites suppurées. Elle relèvent donc d'une infection veineuse, qui de la bouche à l'orbite peut suivre deux voies. Les autres sont d'origine osseuse... Les phlegmons de l'orbite, qu'on désigne sous le nom de phlegmon orbitaire d'origine sinusienne, ne sont que des phlegmons orbitaires au cours d'ostéites diffuses du maxillaire supérieur. L'erreur d'interprétation provient de ce qu'ils s'accompagnent de la présence de pus dans le sinus. Or, ce pus est là, déversé par la suppuration venue de l'ostéite de la charpente faciale. Il est rare d'ailleurs, sinon exceptionnel, qu'une sinusite maxillaire, même aiguë, s'accompagne d'ostéite de ses parois avec phénomènes d'extériorisation orbitaire que l'on observe en revanche assez fréquemment dans les sinusites frontales aiguës ou chroniques réchauffées. »

À côté de l'ostéite diffuse qui vient d'être décrite, avec ou sans complication, il est une forme qui mérite d'être distinguée, c'est l'ostéo-phlegmon-diffus développé au niveau d'une dent de sagesse cariée. Ici, l'os environnant n'est pas constitué par du tissu compact, mais spongieux. La lésion se propage, non plus en surface, mais en profondeur. Il en résulte que la destruction osseuse est infiniment plus étendue que dans la forme précédente. C'est dans ce cas que l'on voit la nécrose envahir une grande partie de la branche montante ou même la totalité du maxillaire inférieur comme on le voit mentionné dans une observation de Tanouarn.

Quelles sont les affections qui peuvent revêtir l'aspect clinique de l'ostéo-phlegmon diffus, et quels sont les éléments du diagnostic différentiel ? Certaines tumeurs, sarcomes en particulier, peuvent avoir une évolution aiguë, fébrile ; l'actinomycose également, voir même la tuberculose. Mais outre qu'il s'agit d'accidents tout à fait exceptionnels, il est facile dans

tous ces cas d'exclure la participation dentaire. En réalité, deux diagnostics méritent surtout d'être discutés : l'ostéomyélite et la syphilis.

Laissant de côté l'enfant du premier âge, chez lequel les accidents aigus qui surviennent au niveau du maxillaire supérieur sont attribués tantôt à l'ostéomyélite, tantôt à la sinusite, tantôt aux germes dentaires infectés, on peut dire que l'ostéomyélite vraie frappe à peu près exclusivement le maxillaire inférieur. Survenant soit en pleine santé, soit à l'occasion d'une infection générale, elle n'a le plus souvent aucun rapport avec l'appareil dentaire. Cependant, il est des cas où l'affection se développe à partir d'une carie dentaire. Et le diagnostic différentiel est alors singulièrement malaisé. Cependant à l'apparition brusque de l'ostéo-myélite s'opposent les antécédents immédiats que l'on note dans l'ostéo-phlegmon diffus. Dans ce dernier cas en effet, le plegmon est la dernière étape de toute une série d'épisodes pathologiques qu'il importe de faire préciser au malade : il y a d'abord la notion de carie dentaire ancienne, puis la monoarthrite apicale, formation d'un abcès térébrant, et c'est alors seulement que, soit spontanément, soit, le plus souvent, à la suite d'une avulsion ou d'une obturation de la dent intéressée, éclatent les accidents locaux et généraux qui caractérisent l'ostéo-phlegmon diffus.

Quant à la syphilis, elle est si fréquente à ce niveau, et l'allure clinique de ses manifestations est tellement semblable à celle qui a été décrite que seule l'évolution des accidents, l'insuffisance manifeste de la thérapeutique chirurgicale pourrait y faire penser, si d'avance, systématiquement, on ne l'avait déjà recherchée dans tous les cas d'ostéo-phlegmon diffus. Il y a d'ailleurs des formes mixtes, dans lesquelles il est bien difficile de faire le partage de ce qui revient à l'infection et de ce qui appartient à la syphilis. En voici un exemple emprunté à la thèse de Tanouarn.

Ostéo-phlegmon diffus chez un syphilitique

« Ch., 42 ans. Le 26 mars 1924, le malade a souffert au niveau de la canine gauche qui est cariée. Le 28 mars, extraction de la canine inférieure et de la latérale inférieure gauche. Le 30 mars, apparition d'une tumeur dure adhérente à l'os, douloureuse spontanément et à la pression. Température 40.

Intervention du docteur Valat. Ouverture verticale de l'espace sus-hyoïdien médian, clivage des deux mylo-hyoïdiens, ouverture, d'un ostéo-phlegmon dentaire à point de départ incisif latéral et canine gauche, dents antérieurement extraites, curettage des cavités alvéolaires, drainage extérieur. Température 38 à 40.

Le 4 avril, on constate l'extension de l'ostéite vers la ligne médiane, d'une part, vers la partie postérieure, d'autre part. Extraction de l'incisive médiane et d'une molaire gauche. Excision gingivale ; ébarbage de la gencive, curettage du maxillaire inférieur. Propidon. Cyanure tous les jours. Novar deux fois par semaine. Le 9 avril, trismus, ostéo-phlegmon à l'angle gauche

du maxillaire. On procède à l'extraction des deux dernières molaires gauches inférieures : curettage, nettoyage à la gouge de tout le foyer d'ostéite. En outre, débridement d'une fistule purulente à droite.

Le 25 avril, le processus d'ostéite gagne le côté droit. Extraction de toutes les dents inférieures droites qui baignent dans le pus. Curettage du maxillaire à la pince gouge. Lorsque toutes les lésions d'ostéite sont enlevées, il ne reste plus d'un angle à l'autre que la table interne du maxillaire inférieur. »

On voit que ces formes mixtes ne sont pas les moins graves. On peut les rapprocher des accidents septicémiques récemment décrits par Louis Leroux et Le Mariey, Liébault, survenant chez des syphilitiques à l'occasion d'une sinusite (Société de Laryngologie des Hôpitaux, mars 1929).

D'après ce qui vient d'être dit, on comprend que si l'ablation de la dent initialement malade et l'incision des foyers purulents collectés (palatins, gingivaux etc.) suffit dans le cas d'ostéo-phlegmon simple, elle est ici tout à fait inopérante. Il faut enlever toutes ces dents qui branlent et baignent dans le pus. Puis on fera un curettage prudent des alvéoles, qui ramènera un grand nombre de petits séquestres. Mais ce curettage ne vise nullement à l'ablation de tous les foyers nécrosés, qui s'élimineront ultérieurement. Tous les foyers collectés seront incisés, les trajets fistuleux débridés. Les vaccins locaux et généraux semblent ici particulièrement indiqués. Cette thérapeutique assurera rapidement la sédation des phénomènes généraux. Dans les jours suivants, on verra s'éliminer des séquestres, dont l'extraction nécessitera parfois une ou plusieurs interventions complémentaires. Pour toutes ces interventions, on utilisera l'anesthésie régionale ou générale, mais jamais l'anesthésie locale. Enfin quand la restauration des tissus sera accomplie, ce qui peut demander un temps assez long, on pourra songer à la prothèse.

Raoul CAUSSÉ.

Références

PILIÈRE DE TANOUARN. — Ostéite diffuse nécrosante aiguë des maxillaires (*Thèse de Paris*, 1928).

LOYAUTÉ. — Des ostéites diffuses du maxillaire supérieur d'origine dentaire. De leurs complications phlegmoneuses orbitaires (*Thèse de Paris*, 1921).

TRUFFERT. — Diagnostic et traitement des phlegmons pérимандibulaires d'origine dentaire (*Thèse de Paris*, 1919).

SOCIÉTÉ DE LARYNGOLOGIE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du mois de février 1930

PRÉSIDENTE DE M. LAURENS

Président

SOMMAIRE

<p>I. <i>Halphen et Djiropoulos</i>. — Épithélioma de l'oreille consécutif à un évidement pétro-mastoidien... 618</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Sourdille, Lemaître, Dutheillet de Lamothe, oulonguet, Huguet</i>... 619</p> <p>II. <i>Grirot et Lallemand</i>. — Pansement des évidements à l'ambrine Dakin... 620</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Ramadier, Thiébault, Lallemand</i>... 621</p> <p>III. <i>Grirot et Lallemand</i>. — Volumineuse chéloïde rétro-auriculaire. <i>Molinié</i>... 622</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Molinié</i>... 623</p>	<p>IV. <i>Texier</i>. — Chéloïde rétro-auriculaire... 623</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Lemaître</i>... 624</p> <p>V. <i>Richier</i>. — Traitement de la rhinite hypertrophique à forme vasomotrice du cornet inférieur par les injections sclérosantes... 624</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Dutheillet de Lamothe, Leroux</i>... 626</p> <p>VI. <i>Louis Leroux</i>. — Un cas de polyposé récidivante et déformante. <i>Reverchon</i>... 627</p> <p style="padding-left: 2em;"><i>Reverchon</i>... 628</p> <p>VII. <i>Georges Canuyt</i>. — L'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger... 629</p>
---	--

M. LE PRÉSIDENT Je suis heureux de souhaiter la bienvenue à M. HICQUET (*de Bruxelles*) et au Docteur FRÉMY (*de Buenos-Ayres*).

I. Halphen et Djiropoulos. — Épithélioma de l'oreille consécutif à un évidement pétro-mastoidien.

La malade que nous avons l'honneur de vous présenter nous paraît devoir retenir votre attention pour la rapidité et les conditions de développement d'une tumeur épithéliale apparue dans le conduit auditif externe trois mois après un évidement pétro-mastoidien.

Cette malade est venue consulter en juin 1929 pour une paralysie faciale datant de deux mois, accompagnée de vertiges et de bourdonnements, et une suppuration auriculaire dont elle fait remonter le début à l'âge de 5 ans.

L'examen de l'oreille montre une large perte de substance tympanale,

un fond de caisse ostéitique et du cholestéatome en épaisses masses imbriquées, mais aucun bourgeonnement suspect ; un large évidement pétromastoidien fut immédiatement pratiqué. Pendant deux mois tout alla fort bien. A ce moment, je partis en vacances ; à mon retour je fus surpris par la constatation de bourgeons exubérants, saignants, qui avaient envahi toute la cavité opératoire, et déporté le pavillon en dehors.

Ces bourgeons furent d'abord cautérisés, curettés, mais leur reproduction rapide nous fit penser qu'il s'agissait d'autre chose que d'un simple bourgeonnement.

Une biopsie fut pratiquée ; la pièce confiée au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté, lequel nous a affirmé l'existence d'un épithélioma spino-cellulaire.

Nous vous en faisons passer ici la micro-photographie. En même temps que le bourgeonnement, était apparu un énorme boursoufflement de toute la région cicatricielle postérieure, boursoufflement à moitié ramolli, à moitié solide, dans la ponction duquel on ne ramène que quelques gouttes de liquide citrin.

Nous avons pensé immédiatement qu'une intervention était au-dessus des ressources de la chirurgie, et nous avons confié la malade au service du Professeur Gosset, pour curiéthérapie (Dr Wallon).

Ce traitement a consisté en l'application d'un appareil en nidrose, dont nous vous présentons la photographie, moulé sur la face et le crâne et supportant 15 piliers de liège porte-radium de 5 centimètres de hauteur ; sa surface radiante était de 12 centimètres \times 10 centimètres. La dose de 335 millièmes détruisant à peu près 3 millicuries par centimètre cube.

Trois semaines après l'application du radium, la cavité d'évidement était redevenue aussi nette que le lendemain de l'intervention, sans bourgeons, avec un bel épithélium lisse, d'un aspect normal.

Le gonflement postérieur avait complètement fondu et la guérison semblait probable.

Malheureusement, un mois plus tard, le bourgeonnement reparaisait et nous vous présentons aujourd'hui la malade avec une végétation exubérante et fort suspecte de la partie inférieure du conduit auditif externe.

La question qui se pose aujourd'hui est de savoir si nous devons tenter une nouvelle intervention en sacrifiant le pavillon, une grande partie de l'écaille et du rocher, ou si nous devons temporiser.

Nous serions désireux d'avoir l'avis de la Société.

— **Sourdille.** J'ai eu l'occasion de voir une malade identique à celle qui vient de nous être présentée. C'était une malade qui était venue nous trouver pour une otorrhée et quelques bourgeons. J'ai fait un évidement et la malade, six mois après, fût emportée par un épithélioma.

— **Lemaître.** Je viens, tout récemment, d'observer un cas que l'on peut superposer à la malade d'Halphen. Ce cas n'a pas été publié, il doit y en avoir un certain nombre qui échappent à la littérature, c'est pourquoi cela paraît plus rare que cela n'est en réalité.

Dans le cas auquel je fais allusion, il y avait une légère parésie faciale qui avait été l'indication thérapeutique.

Au point de vue traitement, je crois que tout ce que l'on peut dire, c'est que les malades que nous avons observés sont des malades qui, longtemps, évoluent et puis, sont finalement emportés.

— **Dutheillet de Lamothe.** J'ai opéré, il y a deux ans, une malade ressemblant au cas que l'on vient de nous rapporter. Il s'agissait d'une femme qui avait une exostose des deux conduits. Une beau jour, derrière cette exostose s'est installée une suppuration d'oreille. J'ai cru qu'il s'agissait d'une suppuration banale et j'ai essayé de traiter par les moyens habituels. Je n'arrivais à rien, pour une bonne raison, c'est que la présence de l'exostose m'empêchait de voir.

Je me suis donc décidé à intervenir, me proposant tout d'abord simplement d'enlever l'exostose et de voir ce qu'il y avait derrière. Lorsque j'ai eu incisé les parties molles et ouvert la coque mastoïdienne, je suis tombé sur des lésions telles que je me suis dit qu'il n'était pas possible qu'il s'agisse simplement d'une affection suppurée. J'ai donc pris des fragments d'os à ce moment-là, je les ai fait examiner par un anatomo-pathologiste qui m'a répondu : « cylindrome ».

Huit mois après est apparue une paralysie faciale en même temps qu'apparaissaient dans la caisse, des bourgeons. A ce moment-là, j'ai fait pratiquer un traitement radiothérapique qui a donné un bon résultat, en ce sens que la paralysie faciale a rétrogradé et les bourgeons se sont effacés. Mais il y a eu récurrence. J'ai alors essayé la diathermie et j'ai obtenu un résultat assez satisfaisant.

— **Moulonguet.** Je crois que nous sommes tous d'accord pour dire que le malade d'Halphen a fait un épithélioma au début. La question qui paraît difficile, c'est la question du traitement.

J'ai eu l'occasion d'opérer un malade atteint d'affection similaire ; j'ai cru devoir recourir au radium et instituer un traitement radiothérapique intense. La malade a eu des douleurs affreuses ; pendant 4 mois, elle a eu une céphalée terrible comme je n'en ai jamais vue : elle est morte dans de grandes souffrances.

— **Higuet.** J'ai eu l'occasion de rapporter à la Société, il y a une dizaine d'années, un cas superposable au cas d'Halphen. Ce qu'il y a d'intéressant surtout dans ce cas, c'est qu'il s'est produit une extension de la tumeur du côté du pharynx et qui concordait avec la tumeur au niveau de l'oreille moyenne.

Il s'agissait d'un épithélioma secondaire. Je crois qu'au point de vue traitement par le radium ou rayons X, on obtient de bons résultats, et notamment, mon ami Fallas avait montré une tumeur qui avait complètement rétrogradé.

II. *Grivot et Lallemand.* — **Pansement des évidements à l'ambrine Dakin.**

Les quelques évidés que nous avons l'honneur de vous présenter sont destinés à soumettre à votre appréciation les résultats, fort intéressants à notre avis, des pansements à l'ambrine Dakin employés simultanément suivant la technique préconisée en 1928 par Millet d'Oran.

Cet auteur, aussitôt l'évidement terminé met en place par le conduit un petit tube de verre en forme de L, dont l'extrémité de la petite branche est

placée sur l'orifice tubaire cependant que la grande branche remonte vers la région temporale. L'ambrine est coulée dans la cavité et scelle en se solidifiant le tube en bonne place. La cavité est irriguée deux fois par jour à l'aide d'une seringue et d'un raccord en caoutchouc. Au bout de huit jours on enlève l'ambrine et on en coule à nouveau autour d'un tube identique on refait ainsi le pansement le douzième jour et le seizième jour ; à cette date on retire définitivement l'ambrine et on panse à sec la cavité avec une petite lanière de gaze.

Nous avons utilisé rigoureusement ce procédé pour nos premiers opérés et l'expérience nous a incités à y apporter quelques modifications qui d'ailleurs ne diminuent en rien la valeur de la technique primitive.

1. L'évidement lui-même ne présente rien de particulier à part une plastique du conduit très large à l'emporte-pièce, faite au début de l'intervention. L'évidement terminée une bonne hémostase de la cavité est réalisé, avec quelques petites tentes imbibées d'adrénaline au millième pendant qu'on suture la plaie rétro-auriculaire.

2. Mise en place dans la cavité d'un petit tube métallique droit d'un modèle que nous avons fait établir et qui est garni de trois arpillons destinés à assurer sa fixité dans l'ambrine.

Nous avons en effet abandonné le tube en L de Millet qui tend trop à se déplacer. L'ambrine est alors coulée dans la cavité.

3. Les soins ultérieurs se bornent à irriguer trois fois par jour la cavité de 5 cm³ de Dakin ; le pansement superficiel est fait à nouveau ; au bout de huit jours, on enlève les crins. On lève ainsi le pansement superficiel tous les huit jours jusqu'au vingt-cinquième jour ; à cette date on enlève définitivement l'ambrine et on panse la cavité avec une petite mèche non tassée. En deux ou trois jours la cavité est sèche.

Les pansements sont donc réduits au minimum ce qui diminue les chances d'infection secondaire et de traumatisme pour l'épiderme néo-formé si fragile de la cavité.

Trois conditions pour la bonne réussite de ces pansements doivent cependant être observées ;

- 1^o Éviter au maximum l'attrition des parties molles ;
- 2^o Faire une plastique du conduit, large ;
- 3^o Bien enduire les téguments d'un corps gras pour éviter leur irritation par le Dakin.

Cette technique en définitive permet d'obtenir de bonnes cavités d'évidement avec cet avantage inappréciable pour le malade et pour le médecin de réduire au minimum le nombre des pansements.

— **Ramadier.** Je ferai une petite critique à ce procédé, c'est qu'il réclame une énorme plastique du pavillon : il n'y a pas de doute, il faut que la cavité soit assez large pour pouvoir retirer l'ambrine.

— **Liébault.** J'ai écouté avec beaucoup d'attention la communication de notre

Collègue Lallemand, car tout ce qui touche à l'ambrine dans le traitement post-opératoire de l'évidement pétro-mastoïdien m'intéresse ; mais je ne crois pas que son procédé ait de gros avantages : comme je l'ai déjà fait remarquer l'an dernier au congrès français à propos d'une communication de M. Laurens, nous devons chercher à simplifier le plus possible les pensements et à irriter au minimum la cavité. Lorsque à l'exemple de Daure j'ai commencé à employer l'ambrine, j'ai utilisé comme lui un cordonnet destiné à faciliter l'extraction du bloc : j'y ai ensuite renoncé ayant constaté son peu d'utilité. De même, je n'ai pas continué à laver au Dakin avant de mettre l'ambrine. Ce tube introduit en plein bloc ne paraît pas présenter de gros avantages, et je crois qu'on obtient d'aussi bons résultats en coulant simplement l'ambrine sans se préoccuper de la désinfection au Dakin.

D'ailleurs il me paraît nécessaire avec ce procédé d'avoir une large plastique de la conque, ce qui à mon avis est un grave inconvénient à un double point de vue. D'abord en ce qui concerne l'esthétique : une large plastique donne un énorme trou : l'épidermisation est peut-être un peu plus rapide, mais l'aspect en est vilain. En outre, et ceci est capital, une conque largement ouverte compromet l'audition. Une oreille évidée entend encore fort bien si la plastique est parcimonieuse car la cavité d'évidement fait caisse de résonance ; si la plastique est large la cavité fait une sorte d'entonnoir évasé à l'extérieur, les sons sont moins rassemblés, l'audition est moins bonne.

Malgré ces remarques, les résultats de notre Collègue me semblent très intéressants et je ne puis que le féliciter.

— **Lallemand.** Pour M. Ramadier qui demandait tout à l'heure si la plastique habituelle pouvait aller avec le pansement à l'ambrine-Dakin, il est bien évident que quand la plastique est petite, on risque d'avoir des déboires avec ce procédé de pansement, et je crois même que c'est à cela que sont dus les échecs qu'on nous a signalés, du fait, par exemple, de la désunion de la plaie rétro-auriculaire, et tout simplement parce que le goulot de la cavité est trop petit et qu'il y a une hyperpression au moment où on pousse le Dakin dans le tube.

M. Reverchon demandait s'il était possible de renvoyer les malades chez eux : nous en avons renvoyé deux, l'un le dixième jour, l'autre le cinquième jour : ils ont fait eux-mêmes leur irrigation de Dakin dans leur plaie, ils s'en sont très bien trouvés.

M. Liébault reproche à cette méthode d'être compliquée, il nous a semblé qu'au contraire, elle est très simple, car elle restreint, en somme, le travail du médecin et les ennuis du malade au minimum.

— **M. le Président.** Personnellement, je n'ai jamais appliqué l'ambrine et je suis fidèle, depuis plusieurs années, à la méthode des lavages. Mais j'emploie maintenant systématiquement depuis un an, non plus le Dakin mais du sérum physiologique boraté ; j'obtiens d'excellents résultats.

III. *Grivot et Lallemand.* — **Volumineuse chéloïde rétro-auriculaire.**

Le malade que nous avons l'honneur devons présenter est venu nous consulter en juin 1929 pour une volumineuse chéloïde développée sur une cicatrice de mastoïdectomie pratiquée en janvier 1923.

En janvier 1925 on lui réséqua une première fois sa cicatrice devenue chéloïdienne.

A sa venue dans le service, il était à nouveau porteur d'une volumineuse

chéloïde dont vous pouvez apprécier l'importance en voyant ces photographies et cette pièce opératoire.

L'ablation de la tumeur a été facile et la suture de la plaie rétro-auriculaire a été possible sans trop de traction après large décollement de la lèvre postérieure.

Dix jours après l'intervention, le docteur Gagé mit en place sur la cicatrice quatre tubes de radium de 5,5 sous filtre mince de 1 millimètre de platine et placés bout à bout. Ces tubes furent laissés en place quatre jours.

A l'heure actuelle, huit mois après l'exérèse, la cicatrice est parfaitement normale, très souple et sans trace de récurrence.

— **Molinié.** Ce qui caractérise la chéloïde que vient de nous présenter Lallemand, c'est son développement qui est peu insolite.

Je verse au débat une observation d'un cas de chéloïde encore plus volumineuse, observée chez un Sénégalais pendant la guerre, qui avait été consécutive à d'abord une mastoïdite et à plusieurs interventions. La chéloïde a englobé même le pavillon.

Je crois qu'on risque fort, quand on a recours à la simple intervention, d'avoir des récurrences ; c'est à juste titre que le traitement chirurgical doit être complété par le radium.

IV. *Texier.* — **Chéloïde rétro-auriculaire.**

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de chéloïde très volumineuse survenue sur une cicatrice rétro-auriculaire pratiquée pour un évidement péro-mastoïdien.

Il s'agissait d'un enfant de dix ans qui était atteint d'une otite moyenne purulente chronique datant de 14 mois environ avec ostéite de la caisse et de l'aditus, et réaction mastoïdienne. Rien de particulier à signaler quelques mois après — il était complètement guéri, ne présentant, sur la cicatrice rien d'anormal.

L'opération eut lieu le 10 mars 1913 ; quelques mois plus tard la cicatrice devint plus volumineuse, elle était pour ainsi dire soulevée par une masse d'aspect rougeâtre, dure.

Nous l'e perdîmes de vue pendant un certain temps et il revint en septembre 1915 porteur d'une véritable tumeur de plusieurs centimètres de longueur et de l'épaisseur d'un petit doigt d'enfant ; dure au toucher et lisse, légèrement rosée.

Nous l'enlevâmes au bistouri et l'enfant partit la plaie cicatrisée au bout de dix à 15 jours.

Il revint nous voir en 1916 en janvier et voici reproduite exactement la chéloïde cicatricielle, plus volumineuse que la première. Nous l'enlevâmes une deuxième fois — elle mesurait alors une longueur de sept centimètres et son diamètre était de deux centimètres et demi. A la coupe, elle était d'un blanc terne, criant sous le scalpel et très peu vasculaire.

Pour éviter la récurrence, nous fîmes un peu plus tard une série de radiothérapie et l'enfant revu à diverses reprises les années suivantes, en 1918 notamment, la cicatrice était presque parfaite.

Dans d'autres cas où la plaie semblait vouloir devenir chéloïde, nous n'attendimes pas plus longtemps et la chéloïde fondait pour ainsi dire sous l'effet des rayons X.

— **Lemaître.** Les deux observations qui viennent de nous être présentées semblent nous montrer que la röntgentherapie post-opératoire est indispensable pour éviter la récurrence de ces chéloïdes.

Je voudrais rapporter un petit fait qui vient à l'appui de ce qu'on vient de vous montrer. J'ai eu l'occasion pendant la guerre d'enlever une grosse chéloïde et j'ai fait ensuite de la radiothérapie post-opératoire, mais la protection était telle que les plaques de plomb qui ont été mises pour protéger la région avoisinante recouvraient les points de suture.

Il semble que la chirurgie peut donner des résultats tout à fait intéressants, mais à condition qu'on limite la récurrence par la röntgentherapie qui, dans tous ces cas, semble avoir donné des résultats tout à fait satisfaisants.

V. Richier. — Traitement de la rhinite hypertrophique à forme vaso-motrice du cornet inférieur par les injections sclérosantes.

C'est l'analogie à peu près parfaite entre la structure histologique du tissu veineux et celle du tissu érectile du cornet inférieur qui m'a fait essayer les injections sclérosantes dans le traitement de la rhinite hypertrophique à forme vaso-motrice du cornet inférieur.

J'apporte dans cette communication les résultats d'une expérimentation qui s'est échelonnée sur deux années et a porté sur 150 malades environ.

Dans tous les cas, elle s'est montrée bien préférable à la cautérisation qui, lente et inconstante dans ses effets, est toujours accompagnée d'une réaction inflammatoire locale, expose aux synéchies et n'est pas durable.

Ce traitement m'a paru surtout indiqué dans la forme congestive pure, vaso-motrice de la rhinite hypertrophique. Il n'agit que peu sur les formes parenchymateuse ou polypoïde. Cette distinction ne gardant évidemment toute sa valeur que dans les cas extrêmes, types. En effet, une augmentation de volume des lacs veineux ne va jamais sans une certaine hypertrophie de la muqueuse.

La technique de ces injections est des plus simples :

Avant l'injection deux conditions préalables sont essentielles :

— N'intervenir que sur un nez propre ;

— N'injecter qu'un cornet parfaitement rétracté. Il est important, en effet, que le liquide sclérosant commence à agir sur des lacs veineux vides de sang et aux parois accolées.

Pour cela, je donne toujours un antiseptique nasal quelconque à mes malades 8 jours avant l'injection, et, le jour de l'injection, je place au contact du cornet une mèche trempée dans une solution à parties égales de cocaïne au 1/10^e et d'adrénaline au 1/1000^e que je laisse 10 minutes. Si la rétraction complète n'est pas obtenue je mets une nouvelle mèche d'adrénaline.

Ainsi l'anesthésie est faite. La muqueuse du cornet apparaît alors complètement rétractée, blanchâtre, se moulant complètement sur son squelette.

Le liquide employé est le chlorhydrate double de quinine et urée à 5 %. C'est le sel employé par Bensaude pour les hémorroïdes. Anesthésique en lui même, pas toxique il a en outre le gros avantage de ne pas être emboligène. On ne peut, en effet, au niveau du tissu érectile, vasculaire du cornet, empêcher qu'une petite quantité de liquide injecté ne passe dans la circulation générale. J'ai essayé beaucoup d'autres solutions : le salicylate de soude, le sérum glucosé hypertonique, la glycérine phéniquée. Aucune de ces solutions ne m'a paru préférable à la précédente. Son titre également de 5 % est celui qui convient : des solutions plus fortes m'ont donné des escarres, d'autres plus faibles ont été inopérantes.

L'injection est faite avec la seringue d'Aubin dont le long embout en baïonnette conserve parfaitement la visibilité dans la profondeur.

Les piqûres sont faites sur le cornet en cinq points qui correspondent aux régions où le tissu érectile est le plus développé, c'est-à-dire trois sur la face interne (queue, partie moyenne et tête) et deux sur le bord inférieur. Il serait beaucoup mieux de ne faire qu'une seule piqûre suivie d'une injection traçante ; mais la surface du cornet étant très irrégulière, on risquerait de se rapprocher en certains points de la surface de la muqueuse et l'injection déterminerait une escarre.

La piqûre doit être profonde au contact de la feuille osseuse du cornet c'est-à-dire en plein tissu érectile ; on ne poussera l'injection que quand on aura fait parcourir à l'aiguille un certain trajet sous la muqueuse : il ne faut pas que le point de pénétration soit en regard de la zone d'injection, de façon à éviter l'issue du liquide.

La quantité de liquide à injecter est variable suivant la dimension du cornet : en pratique une ampoule de 3 cm³ suffit généralement pour les deux côtés.

Pendant l'injection dans la majorité des cas, aucune douleur, quelquefois cependant j'ai constaté une petite douleur irradiée à la mâchoire ou au front.

L'injection faite le cornet apparaît regonflé, avec un léger suintement sanguin aux points de piqûre. Hémorragie insignifiante qui cesse spontanément.

Dans l'après-midi quelquefois, le malade est assourdi par la quinine. C'est passager, cela dure quelques heures.

Le lendemain, le cornet est un peu augmenté de volume, parfois un peu plus coloré que de l'autre côté. Souvent d'une durée de 24 à 48 heures, il est bon de conseiller au malade quelques vaporisations de cocaïne, adrénaline, les 4 ou 5 jours qui suivent l'injection. L'éphédrine quand je l'ai prescrite, me l'a toujours supprimée d'une façon absolue. Elle serait peut-être même utilement employée en place d'adrénaline pour obtenir la rétraction avant l'injection. En effet, beaucoup plus durable qu'elle, non suivie de congestion réactionnelle, elle aurait ainsi l'avantage de laisser les lacs veineux accolés et vidés de sang quelques heures de plus. Ce serait d'un gros intérêt car ici, tout comme pour les hémorroïdes l'installation du processus de sclérose est

constitué en quelques heures. Les jours qui suivent ne sont nécessaires qu'à son organisation, à son achèvement.

A la fin de la première semaine, le malade commence à respirer mieux et, en quinze jours, trois semaines au maximum, la perméabilité nasale est parfaite, le cornet a diminué de moitié de volume, quelquefois plus. La muqueuse du cornet est restée normale, lisse, brillante, humide.

Il est préférable de ne pas faire les deux côtés à la fois, mais à huit jours d'intervalle.

Une seule série d'injections suffit dans la majorité des cas, 15 % de mes malades ont cependant dû recevoir une seconde injection mais c'était au début de l'expérimentation.

Dans ces 4 derniers mois, j'ai injecté 32 malades : je n'ai jamais eu aucun incident : pas d'hémorragie, pas de douleurs, pas de réaction locale importante. Sur ces 32 malades, 27, trois semaines après la piqure, avaient une respiration nasale parfaite, 5 étaient seulement améliorés. La possibilité d'une réaction locale, jointe à cette faible proportion d'insuccès relatifs après une seule injection me pousseront, peut-être dans l'avenir, à faire l'injection moins forte la première fois, mais à la renouveler. Rien ne s'y oppose. Je crois qu'il sera alors préférable d'injecter la totalité du cornet à chaque fois et non d'en réserver une partie différente pour chacune des deux séances : s'il y a échec partiel, la cause doit en être dans la profondeur de la zone d'injection et non dans son étendue.

Ce traitement par les injections sclérosantes paraît donc être bien préférable à la cautérisation. Il est rationnel, rapide dans son action. Il est durable dans ses effets et n'expose pas aux synéchies.

J'ai convoqué à dessein des malades injectés depuis des laps de temps différents : trois jours, un mois, trois mois. Je montrerai également une hypertrophie bilatérale égale des 2 côtés, traitée d'un seul côté pour que la comparaison soit possible.

J'essaye actuellement ce traitement dans d'autres affections (coryza spasmodique, sclérose de la tache vasculaire dans les épistaxis antérieures à répétition). Je n'ai pas encore d'assez nombreux cas et de résultats assez éloignés pour pouvoir en tirer des conclusions pratiques.

Je présenterai également un ulcère de Hajeck qui, infecté, extensif et hémorragique a été arrêté dans son évolution par deux anneaux d'injections sclérosantes sous-muqueuse et sous-périostée. Il est actuellement propre et ne saigne plus.

— **Dutheillet de Lamothe.** La communication de M. Richier m'intéresse tout particulièrement, parce que je suis ennemi de toutes les interventions sanglantes sur les cornets. Actuellement, la seule intervention qui puisse guérir la respiration nasale, c'est le rétablissement de la statique normale des fosses nasales. Pour obtenir ce résultat, il est bien certain que si l'on peut obtenir une atrophie à l'aide d'un procédé sclérosant, on aura un bien meilleur résultat que par l'intervention chirurgicale.

— **Leroux.** J'ai pratiqué un certain nombre d'injections sclérosantes, et j'ai

choisi comme sujets des malades chez lesquels je ne voulais pas justement faire d'intervention sanglante et non plus des pointes de feu, c'est-à-dire des malades de Brévannes. J'ai obtenu des résultats identiques à ceux d'une cautérisation totale et profonde des cornets, avec une obstruction légère pendant quelques jours, mais sans aucune de ces réactions douloureuses, quelquefois fétides et infectieuses que l'on voit forcément à la suite de ces cautérisations.

VI. *Louis Leroux.* — **Un cas de polypose récidivante et déformante.**

Voici un malade qui présente à un degré rarement atteint, les déformations nasales qui caractérisent ce qu'on appelait autrefois : maladie de Woakes. Il nous paraît intéressant de l'examiner, car certains détails anatomopathologiques nous le montre comme intermédiaire entre la polypose syphilitique de l'adulte décrite par Jacques et la polypose déformante de l'enfance de Canuyt.

Son histoire clinique est banale : 1^{re} ablation de polypes en 1914, à l'âge de 12 ans, nouvelles extirpations répétées jusqu'en 1918, on a même pratiqué une paralatéronasale gauche dont on sent encore la brèche. Le malade a renoncé à tout traitement à cause des insuccès jusqu'à cette année.

Son examen montre à un degré vraiment exagéré les déformations typiques produites par la pression intranasale des néoformations : exophtalmie bilatérale, écartement des os propres qui vont jusqu'à s'écarter de la cloison. La déformation de la région cartilagineuse du nez a diminué du fait de la désobstruction opérée.

À la radio, on constate un élargissement anormal des ethmoïdes, un refoulement en dehors de la paroi interne des sinus maxillaires. Les fosses nasales étaient bourrées des narines aux choanes de masses de type du polype muqueux. Le malade dont la langue est doué d'une agilité surprenante sentait les choanes se boucher progressivement.

Avant toute ablation, nous avons fait un traitement spécifique, bien que le Wassermann fut négatif. Le curettage des fosses nasales fut difficile car derrière les masses en grain de raisin on ne trouvait plus que des bourgeons charnus, saignants, fortement tassés, et, fait important s'implantant non seulement sur l'ethmoïde, mais aussi sur toute la paroi externe, la cloison et la voûte. Il fallut plusieurs séances à la pince et la coagulation pour arriver à un déblocage suffisant : il persiste encore à la voûte une couche de ces bourgeons charnus.

La biopsie a montré un aspect d'inflammation chronique sans élément de nature spécifique, seulement une tendance à la métaplasie.

Ce sujet présente donc des caractères nets de la polypose récidivante et déformante des jeunes, mais il diffère en deux points de ce qu'on appelait : maladie de Woakes et dont on voulait faire une entité spéciale.

1^o L'implantation diffuse, et non seulement ethmoïdale des polypes ;

2^o L'absence de polysinusite suppurée chronique et en cela même il se rapproche de la polypose syphilitique de Jacques. Nous avons examiné il y a quelques années une malade dont l'observation est publiée dans la

thèse de Jousseume : adulte de 40 ans, présentant une obstruction d'une fosse nasale par bourgeons charnus implantés sur toutes les parois, ayant histologiquement le type de polype inflammatoire. Un Wassermann positif, l'apparition de paralysie du moteur oculaire externe droit, de gomme du pharynx, la guérison rapide par le traitement spécifique ont montré la nature syphilitique des lésions.

D'autre part, nous avons présenté ici, il y a 3 ans une malade ayant un syndrome déformant de Woakes typique et en outre des gommages osseux syphilitiques, chez qui le traitement spécifique a arrêté la reproduction des polypes.

Il nous semble donc que notre sujet d'aujourd'hui présente un état intermédiaire entre ces 2 types de lésions, et l'on peut admettre que : polyposse syphilitique, polyposse récidivante et déformante des jeunes ne sont que divers degrés d'une réaction anormale des fosses nasales à l'infection ethmoïdale chronique ; réaction conditionnée par un terrain pathologique : syphilis acquise ou hérédosyphilis.

Si le début se fait dans le jeune âge, il y a déformation, du nez ; si les sinus participent à l'infection, il y aura sinusite suppurée chronique multiple. Ce qu'on a appelé : maladie de Woakes n'est pas une entité pathologique indépendante, mais seulement le type déformant et souvent accompagné de ploysinusite du jeune sujet.

De cette conception découle une conclusion thérapeutique que nous avons toujours mise en pratique : la nécessité d'un traitement spécifique intense qui peut suffire à lui seul à amener la guérison dans les cas récents, et qui dans les cas anciens précèdera toute tentative opératoire et pourra alors éviter la récurrence des masses polypeuses.

— **Reverchon.** Cette présentation m'a beaucoup intéressé, car je suis en train de faire une thèse avec Jacques, un de mes élèves sur ce sujet-là.

Une des observations que j'ai faite est la suivante et voici comment j'ai été amené à la faire.

Nous connaissons tous cette question très particulière du terrain spécial que crée la syphilis pour le développement de certaines polyposes. Le cas était le suivant :

Un petit malade est opéré par mon collègue Pitié avec ma collaboration, pour division du voile du palais.

On fait un examen et on trouve chez ce malade un Wassermann très légèrement positif. Cependant, la sœur de ce malade m'était amenée et j'avais diagnostiqué chez elle une polyposse nasale : je l'avais opérée.

J'assiste à une récurrence et en même temps je recevais le résultat du Wassermann de l'enfant. J'ai donc proposé au médecin traitant de faire un traitement et j'ai diminué la polyposse nasale.

Après avoir constaté sur une radiographie de très grosses lésions, j'ai eu la surprise à l'opération de constater que les lésions avaient diminué d'une manière considérable.

Chez cette malade, une chose m'a surpris : c'est l'apparition dans l'oreille qui présentait un foyer d'otite suppurée, d'un polype qui s'était développé avec rapidité énorme, et la guérison s'est faite également du fait du traitement spécifique.

VII. *Georges Canuyt.* — **L'Amygdalectomie totale par le procédé Sluder-Ballenger.**

L'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger est une opération qui m'a donné de telles satisfactions que je crois utile d'attirer l'attention sur ce procédé.

Il n'est pas dans mes intentions, d'étudier le problème de l'amygdalectomie totale, ses indications, ses contre-indications, la préparation et l'examen du malade, etc. Je désire simplement décrire la technique opératoire de l'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger et montrer ses avantages.

Anesthésie :

Cette opération peut être pratiquée :

1^o Sous anesthésie générale avec le chlorure d'éthyle, avec l'éther, avec l'ivresse éthérée, etc.

2^o Sous anesthésie locale et régionale. Nous avons décrit la technique de l'anesthésie locale pour l'ablation totale des amygdales dans notre livre sur ce sujet et dans diverses publications.

3^o Sans anesthésie ou avec une simple anesthésie locale légère par imbibition chez les jeunes enfants.

L'Instrumentation :

1^o *L'instrumentation de Sluder-Ballenger* : C'est une guillotine avec la différence que si l'amygdale doit pénétrer dans la fenêtre ovale ou oblongue comme dans une véritable guillotine, la lame ne doit pas couper ni trancher, mais permettre d'étrangler et de serrer solidement la glande palatine pour l'énucléer de force, comme nous l'expliquerons tout à l'heure. La guillotine est de Sluder. La poignée a été modifiée par Ballenger. Primitivement elle était en forme de tige. Ballenger l'a remplacée par une poignée rappelant celle d'un manche universel.

2^o *Un ouvre-bouche automatique* de Whitehead ou celui mieux adapté de Delacroix.

Position :

Les enfants sont opérés en position assise, exactement dans la même situation que pour l'ablation des végétations adénoïdes. Les adultes sont opérés assis, lorsqu'on emploie l'anesthésie locale et régionale, de la même manière que pour l'amygdalectomie totale avec l'anse.

Lorsqu'on a recours à l'anesthésie générale, il y a avantage à employer la position couchée sur la table d'opération, la tête et le buste fortement relevés. En somme c'est une position demi-assise.

Technique opératoire :

Dans un article récent du journal Belge d'Oto-Rhino-Laryngologie intitulé : « L'amygdalectomie idéale totale par le procédé de Sluder-Ballenger » le docteur Vandershuere de Grammont a traité d'une manière parfaite la question. Je ferai de larges emprunts à cette monographie et je prie le

lecteur de s'y reporter. Dans les lignes qui vont suivre je vais décrire seulement les points essentiels de la méthode.

Principe formulé par Sluder : « L'essentiel et la caractéristique de la méthode consistent en ce que l'amygdale est attirée complètement hors de sa loge normale, dans la direction en haut et en avant et qu'alors on met à profit une particularité anatomique de la mandibule comme point favorable : une éminence circonscrite au-dessus de la ligne mylo-hyoïdienne au niveau de la dernière molaire. »

Ces quelques lignes, dit Vandershueren, renferment les trois principes de la méthode : la mobilité passive de l'amygdale sur le latéro-pharynx, le relief de la mandibule contre lequel l'amygdale sera fixée, enfin la possibilité de faire entrer l'amygdale dans la fenêtre d'une guillotine.

Voici les trois temps opératoires : l'ouvre-bouche ayant été placé nous conseillons de commencer par l'extirpation de l'amygdale gauche.

1^{er} temps. — L'instrument de Sluder-Ballenger est introduit en arrière et en dessous de l'amygdale. Le pôle inférieur étant bien engagé dans la fenêtre, on soulève fortement l'amygdale *en haut et en avant* en la faisant tomber sous le pilier antérieur ? Il faut apercevoir la saillie de l'amygdale à travers le pilier antérieur pour commencer le deuxième temps. Dans les cas difficiles ou les amygdales sont enchâtonnées, intravéliquies, adhérentes ou ont été déjà enlevées partiellement, le procédé de Sluder-Ballenger peut présenter quelques difficultés. Il faut arriver néanmoins à accrocher l'amygdale et à la faire passer dans la fenêtre de l'instrument en plaçant l'extrémité distale du Sluder contre le pilier postérieur et en appuyant solidement sur la commissure buccale du côté opposé.

2^e temps. — L'amygdale étant coincée contre l'éminence alvéolaire de la surface interne du maxillaire inférieur, l'index libre de la main droite (si l'on opère l'amygdale gauche) masse l'amygdale et la fait pénétrer par pression répétées *de dehors en dedans* (Vandershueren) dans l'ouverture de la guillotine. Lorsque l'opérateur a la sensation que la glande est bien engagée, il ferme la fenêtre en passant avec soin derrière le pilier antérieur, sans le blesser et il serre avec force de manière à étrangler l'amygdale et à réduire le plus possible ses attaches avec la loge amygdalienne.

3^e temps. — La main gauche tenant l'instrument serré de toutes ses forces, l'index droit recourbé en crochet vient coiffer le bord supérieur de la guillotine et détache de haut en bas l'amygdale ainsi que sa capsule de la loge amygdalienne. Pendant ce troisième temps, chez les débutants, la main gauche risque de lâcher un peu prise alors qu'il faut au contraire serrer, je le répète, de toutes ses forces, pour que l'instrument reste bien fermé. La main gauche tire fortement sur la poignée du Sluder, tandis que l'index droit détache progressivement l'amygdale de sa loge.

Si, comme nous l'avons recommandé, on commence par l'ablation de l'amygdale gauche, il faut immédiatement et sans délai enlever l'amygdale droite afin de travailler avant que l'hémorragie du côté gauche ne soit devenue gênante.

Durée de l'intervention. — Les virtuoses font cette opération en quelques secondes. Si nous considérons, par contre, la moyenne des opérations, on peut affirmer que l'amygdalectomie totale bilatérale dure 15 à 20 secondes dans les cas faciles et ne dépasse pas 30 à 40 secondes dans les cas difficiles. C'est cette rapidité extraordinaire de l'opération, qui, à mon sens, constitue un des grands avantages de ce procédé surtout chez l'enfant.

Résultat. — Lorsque l'opération a été exécutée correctement, les deux loges amygdaliennes sont vides et dans le plateau, on constate la présence de deux amygdales enlevées dans leur totalité avec la capsule.

Les suites opératoires sont celles de l'amygdalectomie totale en général et ne présentent rien de particulier.

Le procédé de Sluder-Ballenger est une opération extrêmement rapide. Elle donne toute sécurité, car elle éloigne les instruments des zones dangereuses, en l'obligeant à acculer l'amygdale en haut et en avant contre le maxillaire inférieur. C'est une opération complète qui réalise une amygdalectomie totale parfaite. Elle mériterait donc bien le nom d'idéale que lui a donné Vandershueren si elle était facile. Malheureusement, il faut le reconnaître, pour exécuter cette opération correctement et la réussir d'une manière régulière, il faut une véritable éducation. La durée de cet apprentissage, est toujours longue, mais varie, bien entendu, suivant les qualités naturelles d'adresse et d'habileté de chacun. Sluder reconnaît avoir eu des difficultés pendant sept ans. Ballenger n'obtenait de bons résultats que dans 70 à 72 % des cas. Actuellement, l'amygdalectomie totale par le procédé de Sluder-Ballenger est pratiqué couramment aux États-Unis. Au Brésil cette opération est très en vogue et les laryngologistes opèrent : à la Brésilienne », par énucléation instrumentale, c'est-à-dire sans mettre le doigt dans la bouche. Il y a deux ans, un médecin brésilien est venu faire une démonstration dans notre service et a eu même l'amabilité de nous offrir l'instrumentation. A Vienne, cette instrumentation est la méthode de choix dans la Clinique de Chiari. A Madrid, nous l'avons vu exécutée chez les frères Hinojar. En Belgique, Hicguet, Blondiau et bien d'autres sont des adeptes fervents du procédé, mais c'est Vandershueren qui l'a vulgarisée chez nos confrères belges.

Vandershueren pratique cette opération depuis 1912. C'est lui qui nous l'a montrée et nous l'a enseignée. Nous avons opéré sous sa direction à Grammont. Depuis cette époque, nous avons systématiquement, à peu près tous les jours, fait une ou deux amygdalectomies totales et ce n'est que maintenant que la réussite commence à couronner nos efforts. Dans la vie il ne faut pas craindre d'apprendre ce que veulent bien nous enseigner les autres : l'amygdalectomie totale doit être enseignée par un bon « Sludériseur ». Au début, il ne faut pas se laisser décourager par les difficultés et même les échecs, car ceux qui auront la volonté d'acquérir la technique de l'amygdalectomie totale par la méthode de Sluder-Ballenger seront récompensés. Voici en effet ma conclusion : « Quand on a bien appris ce procédé et que l'on a commencé à le réussir, on ne peut plus s'en passer. »

SOCIÉTÉS SAVANTES

9^e SÉANCE ANNUELLE DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE D'O. R. L.

tenue à Königsberg les 16, 17 18 mai 1929 (1)

1^{er} RAPPORT : 40 années de cure radicale de l'otorrhée par Otto Mayer (Vienne) et Beyer (Berlin).

OTTO MAYER a traité : a) l'historique de l'opération radicale ; b) les indications ; c) la technique de l'opération ; d) la littérature.

La cure radicale de l'otorrhée chronique date depuis 1889. Les noms des otologistes et les phases du développement de ce chapitre de chirurgie sont encore dans la mémoire de tous les otologistes. A la fin de son chapitre, Mayer donne le résumé suivant pour les indications de l'opération radicale.

Indications absolues :

- a) Il existe une suppuration chronique de l'oreille avec cholestéatome et complications endo-craniennes ;
- b) Ces complications ne sont pas manifestes, mais la céphalée et l'exacerbation aiguë de l'otite permettent de les craindre.
- c) Il existe un abcès dans la mastoïde ou un abcès sous-périoste mastoïdien, ou une fistule dans le conduit dans une otite suppurée chronique cholestéatomateuse.
- d) Acte opératoire préliminaire pour la labyrinthectomie ou abcès de la pointe du rocher (Syndrome de Gradenigo).

Indications relatives :

- a) Il existe une suppuration chronique de l'oreille avec perforation marginale postérieure du tympan qui ne se tarit pas, malgré un traitement conservateur prolongé. La suppuration reste fétide. Les granulations récidivent constamment.
- b) Comme dans le cas précédent, mais avec perforation dans la membrane de Shrapnell, après un traitement conservateur continué pendant un court laps de temps.
- c) Rarement quand il y a des exostoses du conduit externe, des tumeurs ou une fracture de la base du crâne.

Le détail des indications s'étend sur 40 pages. Voici les remarques les plus caractéristiques. La question de savoir s'il existe une suppuration chronique de l'os pétreux sans cholestéatome n'est pas encore élucidée. Cliniquement, le cholestéatome se manifeste

(1) Compte-rendu analytique par LAUTMAND'après le Rapport officiel publié par le Secrétaire général de la Société le Pr. Lange de Leipzig dans *Z. Hals usw. Heilk.*, T, XXIV.

surtout (abstraction faite des pellicules cholestéatomateuses dans la sécrétion) par l'existence d'une perforation marginale du rebord postérieure du tympan. Seulement il existe assez d'observations montrant qu'une perforation centrale peut également se compliquer de destruction osseuse. Toutes les perforations marginales postérieures n'exigent certainement pas l'opération radicale. Bien au contraire, quand la sécrétion est en grande partie muqueuse, il faut continuer pendant longtemps le traitement conservateur qui, en définitive, est plus avantageux au malade que la cure radicale qui au contraire peut dans ces cas échouer. Quand la perforation siège dans la membrane de Shrapnell le traitement conservateur, surtout par les lavages, est non seulement aléatoire mais peut devenir dangereux. La perforation n'est jamais assez grande pour permettre un libre écoulement de l'eau injectée. Les masses retenues dans l'attique gonflent et donnent lieu à des accidents les plus désagréables que, pour des raisons compréhensibles, on ne publie pas tous les jours.

L'ossiculotomie n'a pas sa raison d'être dans la cure de la suppuration de l'oreille. Exceptionnellement on pourra l'essayer dans les cas de large perforation de la moitié postérieure du tympan avec très mauvaise audition.

L'exacerbation, le réchauffement d'une vieille otite suppurée joue un grand rôle dans les indications de l'opération radicale. Neumann enseigne que la cure radicale n'est jamais indiquée s'il n'existe pas une poussée aiguë dans l'otite suppurée. Mais, non seulement cette intervention n'est pas indiquée quand la poussée se localise sur l'oreille, mais d'après Neumann, même des phénomènes de complications endo-craniennes n'indiquent pas la nécessité de l'opération s'il n'est pas tout à fait évident que les phénomènes endo-craniens sont d'origine auriculaire. Neumann a rapporté plusieurs cas où des neurologistes ont diagnostiqué des complications endo-craniennes consécutives à une otorrhée et où Neumann a refusé d'intervenir et avec raison (cas analysés dans les *Annales*). Ce sont des exceptions. Tous les auteurs admettent le danger provoqué par le réchauffement d'une vieille otite. Ce réchauffement est une indication pour ne pas trop tarder avec l'intervention. Il est des cas qui paraissent être des otites aiguës et qui en réalité ne sont que le réchauffement d'une vieille otite. Mais il y a des cas d'otite aiguë indiscutables, qui nécessitent la cure radicale. Heine a le premier attiré l'attention sur ces otites aiguës où le pus a pénétré jusque dans le golfe de la veine jugulaire, le canal carotidien et le long de la trompe jusque dans le pharynx. Pour Mayer, l'opération radicale est inévitable quand, dans les otites aiguës, apparaissent des douleurs dans la région du trijumeau ou quand il apparaît une parésie de l'abducteur. Dans les otites aiguës post-scarlatineuses on peut temporiser, attendre que le malade ait regagné des forces. Même les plus grands délabrements guérissent alors très bien.

La céphalée joue un rôle très important dans les indications de la cure radicale. Ce n'est pas rare qu'un abcès extradural, voire même un abcès cérébral, ne soit manifesté par aucun autre symptôme que la céphalée. Non moins importante que la céphalée, est la fièvre. On peut dire que l'apparition de la fièvre au cours d'une otite cholestéatomateuse est l'indice d'une complication endo-cranienne si cette fièvre ne trouve pas une autre explication. Se méfier du diagnostic de grippe dans ces cas et ne pas oublier que l'oreille peut être sèche dans ces cas. La paralysie du facial au cours d'une otite suppurée a bien des chances de dépendre de cette suppuration. Même si cette paralysie est due aux rhumatismes, au froid, à la syphilis, le malade a avantage à subir la cure radicale, plutôt que de s'exposer à une complication grave ou à voir sa paralysie devenir définitive.

L'opération radicale peut exceptionnellement devenir nécessaire, s'il existe une exostose du conduit qui par la rétention du pus met la vie du malade en danger, ou s'il existe une telle surdité avec des acouphènes, que le malade lui-même exige l'opération. Il est évident que, dans ce dernier cas, l'autre oreille est sourde. L'opération de l'exostose près

du tympan est très délicate. Le malade risque la surdité. D'après Beyer l'opération de l'exostose aurait été suivie de labyrinthite. Généralement ces exostoses sont très dures et les coups du marteau peuvent ébranler le labyrinthe et provoquer même les déchirures de l'acoustique. Encore plus rares, comme indications de la radicale, sont les tumeurs malignes de l'os pétreux. L'opération, dans ces cas, est inutile parce qu'elle ne peut pas être radicale. La tumeur est trop étendue quand nous la diagnostiquons. Quant aux tumeurs de l'acoustique, nous les diagnostiquons relativement tôt. La radicale dans ces cas se fait comme acte préliminaire à la labyrinthectomie. On a voulu aussi voir dans les fractures de la base du crâne une indication pour la radicale. On est à peu près d'accord de ne pas intervenir à titre de prophylaxie dans les cas de fracture de la base du crâne. On intervient en cas de méningite menaçante ou déclarée. Sur 9 cas de fracture de la base compliquée de méningite, Voss a pu guérir 4 cas par le drainage des méninges.

Le pouvoir auditif joue également un rôle dans l'indication de la radicale. Il est évident que, si l'audition est déjà mauvaise d'une oreille, on sera prudent dans les indications de la radicale pour l'autre oreille. Cependant si l'indication est vitale il ne faut pas hésiter. Mayer a vu 2 cas d'otite cholestéatomateuse double dans lesquels, à cause de la mauvaise audition on a opéré que d'un côté. Les deux sont morts de complications parties de l'oreille menagée. Chez les enfants surtout, les indications pour la radicale doivent être posées avec grande circonspection. Il faut pousser le conservatisme chez les enfants jusqu'à l'extrême.

A propos de la *technique de la radicale*, Mayer suit toute l'évolution historique pour l'incision cutanée, le décollement du conduit, la trépanation de l'antre, la situation du facial. Quant à la mise à nu de la dure-mère qui, par certains auteurs est considérée comme une faute de technique à éviter, Mayer la considère comme tout à fait inoffensive. Toujours d'après le même principe historique, il consacre 13 pages aux différents procédés de fermeture de l'ouverture tubaire dans la caisse, pour arriver à la conclusion qu'ils se sont tous montrés inactifs et inutiles.

Beyer a écrit la deuxième partie du Rapport se prêtant beaucoup moins bien à l'analyse, traitant de la *plastique et du traitement secondaire*. La valeur de ce rapport ne doit pas être mesurée d'après les dernières paroles du Rapport que nous venons d'analyser et où Mayer dit : « Le sort du malade opéré de radicale est décidé après l'opération terminée sur l'os. » Beyer s'efforce de mettre en valeur la nécessité d'une bonne plastique, et, à cet effet, il consacre 20 pages et de nombreuses figures. De modification en modification, on est arrivé à supprimer, ou presque, toute plastique. La dernière modification dans ce genre est le procédé de Barany. On sait que dans cette opération on curette autour du conduit externe. Quand la brèche derrière le conduit est en pleine réparation, le conduit membraneux s'affaisse, tombe en arrière et forme pour ainsi dire une plastique automatique. Le procédé est très discuté. Pour Bruhl le procédé de Barany expose fortement à la récidive. Il existe à peu près sept méthodes pour faire la plastique, que l'oto-chirurgien doit connaître, parce que leur emploi dépend de chaque cas particulier.

Le deuxième chapitre traités dans ce rapport est celui du *traitement post-opératoire* dont la partie la plus importante est la question de l'emploi ou de la suppression du tamponnement après l'opération. Pour Beyer, la question est très simple. L'élève doit apprendre le traitement par le tamponnement. Ensuite il choisira ce qui est plus avantageux dans chaque cas. Ce n'est que par une grande expérience qu'on saura décider dans quels cas on peut abandonner le tampon, dans quels cas au contraire, il faut l'employer, quand il faut cautériser, quand laver, quand insuffler la poudre.

Après un paragraphe relativement court sur la transplantation, Beyer développe très longuement le traitement de l'ouverture permanente derrière l'oreille, hideux résultat,

de l'ancien pansement rétro-auriculaire. Ici aussi, les plastiques sont très nombreuses, Beyer donne des illustrations et des descriptions sommaires suffisantes.

Quels sont les *résultats* de la radicale ? La réponse à cette question n'est pas très facile et on a depuis longtemps dit qu'au point de vue des soins ultérieurs à donner, l'opération n'est pas toujours radicale. Au point de vue de la suppression de la suppuration, déjà Stacke, tout au début de l'ère chirurgicale a eu 94 % de guérisons. Même actuellement, ce résultat peut être considéré comme merveilleux. A l'opposé de cette statistique, se trouvent mentionnée celle de Shoppard qui, sur 600 cas, de suppuration auriculaire opérés radicalement, n'a obtenu que 7,67 % de guérisons. Malheureusement, Beyer ne s'étend pas longuement sur ce résultat stupéfiant. Il est possible que Sheppard ne se contente pas de la définition de Stocke qui appelle guérison la suppression de la suppuration menaçant la vie ou immédiatement ou dans un avenir prévisible. Il est possible aussi qu'il fasse entrer en ligne de compte les résultats fonctionnels définitifs après la radicale. Sous ce rapport, il nous semble très difficile de se faire une idée exacte après la lecture du rapport de Beyer. Le *résultat définitif fonctionnel* dépend de ce qu'il y avait comme audition avant l'opération de la façon plus ou moins conservatrice avec laquelle on a opéré, de l'état anatomique de la région des fenêtres après cicatrisation définitive. Quand à la baisse de l'audition, après l'opération, elle ne se verrait d'après quelques enthousiastes heureux que dans 0,3 % des cas, tandis que quelques statistiques pessimistes la notent dans 80 % des cas. Pour le moment, la plupart des oto-chirurgiens se tiennent au point de vue pronostic aux règles établies par Ruttin, qui a trouvé que chez les malades qui avant l'opération entendaient la voix haute au-dessus de 2 mètres, une amélioration de l'audition est probable après l'opération chez 20 % des opérés et une diminution dans 65 %, tandis que chez ceux chez lesquels l'audition avant l'opération, pour la voix haute, allait jusqu'à 2 mètres et au-dessous, l'amélioration était probable seulement dans 5 % des cas, une diminution dans 3 % et chez 92 %, elle ne changeaient pas. Buhé est arrivé également à trouver qu'une diminution de l'audition était à craindre, si avant l'opération, le malade entendait la voix chuchotée à plus de 1 mètre.

On arriverait ainsi au triste résultat que plus l'audition était conservée avant l'opération, plus le malade courait le risque de la perdre. On a essayé de différentes façons à remédier au triste résultat fonctionnel de la radicale. On a trouvé que le mieux était de ménager le plus possible la caisse pendant l'opération. Ceci, on l'obtint en réduisant au minimum strict, le délabrement de la radicale. Pour employer le conseil de Neumann, faire dans les mastoïdites aiguës l'antrotomie aussi réduite que possible, et dans la radicale, l'opération aussi conservatrice que possible. Ceci veut dire qu'il faut de plus en plus s'adresser aux différents procédés de la *radicale conservatrice*. Beaucoup d'otochirurgiens ont encore une certaine hésitation à apprendre la nouvelle technique, ce qui conserve encore l'opération de la radicale comme opération courante.

DISCUSSION

— **Lange** recommande l'opération radicale par le conduit. L'anesthésie locale réussit beaucoup mieux que dans le procédé classique rétro-auriculaire. La vue sur le champ opératoire est toujours exacte. Le traumatisme est beaucoup moindre. Avant chaque opération se renseigner par une radiographie sur le reste de l'apophyse mastoïde. Renoncer à l'opération dans les cas compliqués.

— **Karl Thies**. C'est en 1908, que Fritz Thies a pour la première fois décrit la cure radicale de la suppuration de l'oreille moyenne par le conduit. Le procédé a été publié dans le n° 89 des *Archiv für Ohrenheilk*, en 1912 à la suite des 450 cas opérés par les

frères Thies. Aujourd'hui, ils s'appuient sur 1400 cas. Les résultats fonctionnels au point de vue de l'audition sont excessivement favorables. L'enclume et le marteau sont toujours enlevés s'ils sont malades ou si l'opération le nécessite, surtout si l'audition est mauvaise. Autrement on essaye toujours de les conserver. L'opération se fait facilement sous-anesthésie locale, à condition de nettoyer la caisse avant le reste pour que l'anesthésie dure le moins longtemps dans la caisse. Les soins post-opératoires et leur durée sont beaucoup moins longs que dans le procédé classique. Comme contre-indications, Thies note la pyémie, la fistule externe de la mastoïde. Par contre, le cholestéatome n'est pas une contre-indication. La guérison dans ces cas est même particulièrement rapide. Thies ne conserve plus le lambeau du revêtement cutané du conduit. Parmi les cas opérés, on trouve des enfants âgés de 8 à 14 ans, presque tous opérés sous anesthésie locale.

— **Z. von Eicken** constate que l'opération conservatrice par le conduit commence à se répandre. C'est le procédé régulier pour le traitement du cholestéatome. La fraise ne rend pas de services dans cette opération parce qu'elle provoque une irritation calorique du labyrinthe. L'anesthésie régionale et l'injection de 2 cm³ d'une solution de novocaïne adrénalinée dans la région postéro-supérieure du conduit suffit. La muqueuse de la caisse doit être anesthésiée avec des tampons cocaïnés à 10 %. Si l'audition est bonne, il faut conserver les osselets. Ce procédé permet un nettoyage complet de l'attique et de toutes les parties malades adjacentes sans risque de léser le labyrinthe ou le sinus, même précédent.

— **Kinsberg** a opéré dans les cinq dernières années, 120 cas par le conduit. Dans un seul cas il y a eu échec compliqué de thrombose du sinus, parce que un foyer dans la mastoïde avait été méconnu.

— **Löbell** reste partisan du procédé classique. L'opération par le conduit ne lui paraît pas constituer un avantage étant donné qu'à la clinique de Marburg, les indications du traitement opératoire sont excessivement restreintes, sauf, pour les individus qui ne peuvent pas se soumettre à un contrôle régulier par un otologiste. On peut opérer, dans la majorité des cas, sous anesthésie locale. Pour l'anesthésie générale, Löbell a eu recours au pernocton et à l'avertine. Après avoir décrit la technique définitivement établie par son maître Uffenorde, L. constate l'impossibilité de donner un avis sur le résultat terminal définitif. En tout cas, la conservation des osselets, à laquelle on renonce à Marburg, ne semble pas avoir d'influence sur ce résultat.

— **Frey** examine de plus près les idées courantes sur le danger vital que constitue la suppuration chronique de l'oreille. Les idées classiques d'après lesquelles la suppuration chronique de l'oreille constitue une menace pour la vie du malade sont erronées et excessivement exagérées. Il ne faut pas considérer le danger que comporte une otite d'après les résultats d'un service d'otologie. Il faut se reporter à de grandes statistiques et chercher quel rôle joue dans la mortalité générale, la suppuration auriculaire. On trouvera que le pourcentage de mortalité due à la suppuration auriculaire est très petit et devient insignifiant si on supprime le cholestéatome. En laissant de côté les statistiques autopsiques, et en se fiant à sa propre expérience d'otologiste d'une caisse qui est fréquentée annuellement par 3 à 4000 consultants, parmi lesquels il n'y a presque pas d'enfants, Frey peut dire qu'au cours des traitements, durant des années et des mois, aucun des cas non cholestéatomateux n'est mort et exceptionnellement une otite cholestéatomateuse s'est terminée par l'opération ou la mort. Un traitement conservateur continué avec persévérance a amené la guérison dans des cas qui d'après les données classiques paraissaient

inguérissables. L'opération radicale d'après les procédés classiques est une opération mutilatrice endommageant l'audition, laissant après elle des troubles subjectifs surtout si la dure-mère a dû être dénudée. Si nous avons soumis jusqu'à présent nos malades aux ennuis et aux dangers de l'opération radicale, nous l'avons fait dans la crainte et pour leur éviter un danger menaçant. Les statistiques que Frey a rapportées prouvent que ce danger n'existe pas. En résumé, des cas de suppuration chronique avec large cholestéatome ou des cas compliqués doivent être soumis à l'opération radicale. Les autres doivent être soumis à un traitement conservateur.

Communications

1^o *Engvall (Upsal)* — Examens de contrôle de malades opérés radicalement d'après Barany.

Sur 41 cas la guérison a été idéale dans 20 cas, c'est à-dire le conduit était resté large. Dans 10 cas, il s'était formé dans la partie interne du conduit une large cavité. 11 cas peuvent être considérés comme échecs et il a fallu refaire une plastique du conduit dans 2 cas.

2^o *Kummel (Heidelberg)*. — Complication bizarre consécutive à une attico-antrotomie par le conduit.

La septicémie mortelle est probablement partie d'une parotidite, survenue 3 jours après l'opération.

3^o *Ruf (Fribourg)*. — Examen du pouvoir auditif après radicale et attico-antrotomie.

Les épreuves fonctionnelles ont été faites avec l'audiomètre. Les examens comparatifs ont montré qu'après la radicale, l'audition est partout diminuée, tandis que après l'attico-antrotomie les lésions de l'audition sont exceptionnelles. Il en résulte confirmation du fait déjà connu que pour la transmission des sons non seulement de tonalité grave, la collaboration de l'oreille moyenne est nécessaire. Ruf a gagné la conviction que l'attico antrotomie n'endommage pas le pouvoir auditif de l'opéré, mais au contraire l'améliore assez souvent. La radicale classique n'endommage pas l'audition si elle était mauvaise avant l'opération, du fait de l'otite moyenne. Les mauvais résultats fonctionnels de la radicale deviennent encore plus prononcés avec le temps à la suite des altérations osseuses profondes, qui ont lieu dans la paroi médiane de la caisse après l'opération, décrites par Neumann. De sorte qu'on peut dire avec Neumann qu'une bonne audition est toujours endommagée par la radicale.

4^o *Neumann (Vienne)*. — Contribution à la clinique et à la pathologie de la brèche opératoire après radicale.

Au point de vue prophylactique, l'espoir d'éviter à nos opérés les complications auriculaires endo-craniennes s'est réalisé même dans les cas où la sécrétion a continué après la radicale. Exceptionnellement, malgré la radicale une complication endo-crânienne mortelle est survenue. Neumann cite 3 cas personnels. Un malade a subi la radicale à l'âge de

3 ans, pour otite post-scarlatineuse. L'oreille a toujours sécrété un peu depuis 35 ans après l'opération, le malade est mort d'un abcès auriculaire du lobe temporal. Le deuxième cas concerne un malade opéré de radicale pour otite aiguë. La plaie opératoire n'a jamais été complètement épidermée et montrait une ulcération au toit de l'antre. C'est de là que 15 ans plus tard est partie la méningite mortelle. Enfin, il y a le cas d'un homme opéré de radicale pendant la guerre. L'oreille a continué à sécréter. Entré en 1928, avec les symptômes de méningite dans le service de Neumann, le malade présentait à l'opération la caisse et l'antre bourrés de granulations. Neumann fait remarquer que sur ces 3 cas, les deux premiers concernaient des cas aigus opérés radicalement et seul le 3^e cas était un cas d'otite chronique.

Si donc le danger de mort est efficacement combattu par la radicale, il apparaît des recherches de Neumann que l'audition est menacée après l'opération, même dans les cas qui paraissent définitivement guéris. Rares sont les publications conservant l'audition des malades longtemps après la radicale. Les examens histologiques ont démontré à Neumann que le labyrinthe est menacé secondairement, même si la cavité opératoire paraît idéalement guérie. Sur de nombreuses coupes histologiques, Neumann montre que, non seulement après la radicale classique, mais aussi après la radicale conservatrice, les lésions déjà existantes dans les parois osseuses de la caisse, surtout de la paroi médiane ne s'arrêtent pas toujours après l'opération. Les coupes qui proviennent d'un homme qui a subi la radicale six mois avant sa mort sont particulièrement intéressantes. On voit d'abord qu'un bourgeon cholestéatomateux s'est développé au-dessus de la trompe. Toute la brèche opératoire est couverte d'un épithélium pavimenteux stratifié, en pleine desquamation. Cet épithélium couvre un tissu fibreux qui a certains endroits est d'une minceur extrême. Aux endroits où l'épithélium manque, le tissu fibreux est en pleine inflammation. Ce tissu fibreux enflammé se continue directement dans le tissu osseux. Dans la région des fenêtres, ce tissu fibreux contient de nombreux kystes. Le canal horizontal présente les signes d'une ostéoclaste évidente. A peu près les mêmes lésions se trouvent plus ou moins prononcées sur les coupes provenant de quatre autres individus. Ces coupes histologiques montrent qu'il existe des cavités opératoires qui, au bout d'un certain temps présentent tous les phénomènes d'une inflammation qui occasionne des ennuis aux opérés. Il ne faut pas croire que la cavité opératoire reste une cavité inerte. Au contraire, il se produit une activité et une réaction qui, surtout du côté du labyrinthe s'expriment par une diminution de l'audition.

5^o Fremel (Vienne). — Hernie cérébrale post-opératoire.

Deux conditions sont nécessaires pour le développement d'une hernie cérébrale : 1) brèche dans la dure-mère et 2) une force propulsive. On croit généralement que des petites ponctions à travers la dure-mère ne donnent pas lieu à un prolapse. Ceci est exact en général. Mais quand on ponctionne à plusieurs endroits trop rapprochés de la dure-mère on peut assister au développement d'une hernie cérébrale si la force propulsive qui est uniquement due à l'augmentation de la pression endo-cranienne est suffisante. La cause la plus fréquente de cette augmentation de la pression endo-cranienne est l'encéphalite. Elle peut se développer avant l'établissement de l'abcès ou ce qui est plus fréquent se développer à la suite de l'abcès. Quoique grave le pronostic n'est pas absolument mortel. On peut dire que la hernie cérébrale guérit sans aucun traitement spécial si la pression endo-cranienne devient normale. Déjà, Caboché en 1903, a montré que tous les traitements dirigés contre ce prolapse restaient inefficaces. On a proposé dernièrement le traitement par la lumière du soleil artificiel, par les rayons X, combiné ou non avec des pon-

tions lombaires. Plus fréquente dans les abcès du cerveau que dans les abcès du cervelet, ce prolapsus du cerveau constitue une complication dangereuse parce qu'il modifie totalement la topographie de l'abcès. Bientôt on ne sait même pas ce qui se trouve logé dans la partie probabée ni où se trouve l'abcès ou plutôt la cavité de l'abcès qu'on doit drainer. Quand la malade guérit, la hernie ne laisse généralement pas de séquelles. Cependant, on a observé à la clinique Neumann une femme qui est restée 5 ans guérie dans une santé d'apparence parfaite, elle s'est même mariée. Brusquement, elle tombe dans le coma, et à l'autopsie on trouve une méningite consécutive à un vieil abcès en capsule du lobe temporal. Cet abcès était probablement le reste de l'abcès étranglé par la hernie.

6° Steurer (Rostock). — La pathogénèse des cholestéatomes de l'oreille moyenne.

Le cholestéatome secondaire est consécutif à une inversion de l'épithélium du conduit externe à travers une perforation du tympan. Quant au cholestéatome primaire, il serait dû à une préformation histologique de la membrane de Shrapnell. Une étude histologique détaillée essaye de nous renseigner sur ses causes conditionnelles.

7° Krainz (Innsbrück). — Aire claire dans les radiogrammes de l'os temporal.

Dans quelques rares cas d'otite, on voit sur le radiogramme, des zones claires dans la région du temporal. On ne sait pas exactement quelle signification a cette perméabilité anormale de l'os. Les chirurgiens ont décrit une constatation analogue comme une atrophie aiguë réflexe de l'os. Description histologique d'un cas, qui du reste même sous cette image röntgenologique aurait réclamé l'intervention.

8° Hofmann Lothar. — La flore microbienne dans les otites fétides aiguës et chroniques.

Chez les enfants, il n'est pas rare de trouver des otites aiguës ayant comme caractère spécial leur fétidité. Il ne s'agit pas d'otites secondaires consécutives à des maladies infectieuses graves, mais bien d'otites primaires aiguës qui rapidement deviennent fétides. On croirait qu'il s'agit d'otites chroniques. Les enfants ont généralement moins de 4 ans, se trouvent dans un mauvais état général et présentent en même temps d'autres affections comme l'eczéma, les troubles digestifs. La sécrétion est abondante, épaisse ou fluide, d'une couleur jaune verdâtre. La fétidité est extrême. Toutes ces otites ont une marche traînante et si elles guérissent spontanément, elles mettent plus de 2 mois pour guérir. Sur 48 cas que Hofmann a examinés, 8 fois il a fallu ouvrir l'antre. Après l'opération, la tendance à la guérison est lente, la brèche opératoire se couvre parfois d'une pseudomembrane.

On a cru jusqu'à présent que la fétidité de la sécrétion auriculaire était due à des anaérobies, les recherches bactériologiques que Hofmann a fait faire montrent que dans la grande majorité des cas, c'est un bacille pseudo-diphtérique qui seul, ou combiné au proteus et pyocyanus, est coupable de cette fétidité. Même dans les otites chroniques le pseudo-diphtérique corne joue un grand rôle. Seulement dans ces cas chroniques, les anaérobies sont très richement représentés.

9° Oppikofer (Bâle). — Examen microscopique des pièces provenant des otites cholestéatomateuses.

Dans le 1^{er} cas, on a cru qu'il s'agissait d'une otite aiguë datant de 1 mois chez un enfant de 9 ans. Le conduit paraît rétréci, contenant une sécrétion non fétide sans débris épidermiques. Le tympan est rouge et bombé. Seulement par la douche d'air on constate l'existence d'une perforation. C'est à l'opération seulement qu'on reconnaît par l'existence de masses cholestéatomateuses qu'il s'agit d'une otite ancienne. Dans un autre cas, d'un cholestéatome très négligé chez un jeune homme de 19 ans, on avait constaté 6 semaines avant la mort, un accès de vertige avec nausées. La voix chuchotée était entendue, la réaction calorique seule paraissait diminuée. A l'examen microscopique de la pièce, on a une ostéite, localisée sur un canal semi-circulaire, en pleine guérison. L'observation clinique nous montre que la guérison de ces ostéites du labyrinthe n'est pas si rare. Généralement le cholestéatome n'arrose que le canal horizontal. Une pièce intéressante de la collection montre que les trois canaux semi-circulaires peuvent être arrosés à la fois. Ce cas montre aussi que l'ostéite du labyrinthe, même multiple, peut rapidement guérir en l'espace de moins de 3 mois. Très intéressant est le cas de surdité cholestéatomateuse chez un homme de 31 ans qui n'a jamais présenté de symptômes vestibulaires. Il était porteur d'un gros cholestéatome de l'oreille moyenne avec destruction totale du tympan, tandis que la paroi médiane de la caisse, la capsule osseuse du labyrinthe paraissaient normales. Les lésions du limaçon muqueux sont des plus prononcées. L'organe de Corti manque presque en totalité. Le ganglion cochléaire très atrophié. L'explication que donne Oppikofer de ce cas s'appuie sur les idées de Wittmeack de l'hydrops du labyrinthe.

10° Uffenorde (Marburg). — Présentation de l'opération radicale en films colorés.

DISCUSSION

— **Brühl** attire l'attention sur les formes dangereuses de l'otite chronique même non compliquée de cholestéatome. Si on voulait opérer toutes les otites chroniques non cholestéatomateuses par le conduit, on risquerait fort de méconnaître ces otites dangereuses. Il ne voit aucun avantage à conserver les osselets, surtout si on n'étend pas trop les indications de la radicale,

— **Grahe** recommande le ménagement du périchondre pour éviter la périchondrite. Le pyocyanus joue un grand rôle, l'acide borique en poudre prophylactiquement employé, empêche la périchondrite presque à coup sûr. Dans l'attico-antrotomie par le conduit, la vue est excellente, surtout si on élargit la brèche en dehors par le conduit. Il est inutile de conserver le lambeau cutané du conduit. Quand on opère par le conduit, il faut toujours être prêt à compléter par la brèche rétro-auriculaire.

— **Barany** s'appuyant sur la communication de Engvall, rappelle les grands avantages qu'offre son procédé : Il admet que quelquefois, par une opération secondaire, il faut remédier à la formation d'un cholestéatome dans la brèche opératoire.

— **Halle** abandonne complètement le tamponnement après la radicale. En cas de plastique, on la fixe par des sutures. Moins il y a de pansements, moins il y a d'irritation. Aussi abandonne-t-il tout froidement, même le simple tampon de coton dans l'oreille aussitôt

que possible. Pour éviter la périchondrite, il faut avoir soin que le cartilage reste couvert au moins de 2 millimètres de tissu sur son bord libre. L'attico-antronomie est surtout indiquée dans un temporal sclérosé. Quand il s'agit d'une mastoïde pneumatisée, ou d'une otite compliquée, il vaut mieux opérer classiquement.

— **Brook** considère la radicale comme dénuée de tout danger si elle est faite d'après les règles de l'art et surtout si on s'abstient de toute manœuvre inutile dans la caisse. Même au point de vue fonctionnel les résultats, montrent que dans la moitié des cas l'audition après l'opération est meilleure qu'avant.

— **Hursch** recommande dans l'anesthésie locale pour la radicale une injection par derrière entre le conduit externe cutané et osseux. Après cette injection, on peut obtenir une anesthésie parfaite.

— **Streit** considère les opérations conservatrices comme impliquant un certain danger quant à la guérison définitive de la suppuration. Sa principale indication est la conservation d'un bon pouvoir auditif. Si celle-ci n'existe pas, il est préférable de faire l'opération radicale classique. Encore faut-il se rappeler le pronostic lointain sombre pour l'audition, comme l'a démontré Neumann, et le pronostic favorable du traitement conservateur longtemps continué comme le veut Frey, pour réduire les indications de toute opération dans l'otite chronique.

— **Mayer** est étonné que **Bruhl** dans 34 % des suppurations chroniques de l'os n'ait pas trouvé de cholestéatome. Il serait très reconnaissant à qui lui montrera une otite chronique avec ostéite sans cholestéatome, examinée bien entendu histologiquement. La radicale dans l'otite aiguë doit rester une opération rare. L'indication est donnée non seulement par la sécrétion profuse, mais aussi par l'apparition de céphalée, névralgie du trijumeau, fièvre, paralysie de l'abducteur. Il faut avoir la conviction qu'il existe dans ces cas un abcès dans le hypo-tympanum ou à la pointe de la pyramide. La conservation des osselets, surtout dans les otites cholestéatomateuses, n'est pas toujours possible. On s'exagère leur importance pour l'audition. En ce qui concerne le cholestéatome de l'attique, il se développe par une perforation de la membrane de Shrapnell. La plupart des otologistes croient que cette perforation aiguë de la membrane de Shrapnell n'existe pas. Si on cherche un véritable trou dans la membrane de Shrapnell par lequel s'échappe la sécrétion, on risque fort de ne jamais en voir. Mais en cherchant soigneusement, on trouvera une légère sécrétion dans la région de la membrane de Shrapnell. La partie est recouverte d'un épiderme macéré. Quand on l'enlève on voit une perforation grosse quelquefois comme une tête d'épingle. Les malades accusent peu de symptômes subjectifs : un peu de picotement, un peu de surdité. Les conditions anatomiques de la mastoïde expliquent très bien pourquoi dans un cas, c'est le tympan, pourquoi dans un autre, c'est la membrane de Shrapnell qui se perfore. S'il existe une apophyse mastoïde très pneumatisée, il y a une sécrétion si abondante de la muqueuse dans chaque cellule que la caisse est inondée et que le tympan se perfore. Si au contraire la mastoïde est compacte, la sécrétion ne provient que de l'attique ou de l'antrum, la sécrétion relativement faible se concentre derrière la membrane de Shrapnell qu'elle perfore. Enfin, en ce qui concerne la technique de l'attico-antronomie, il existe un certain nombre de cas où une exécution est difficile, même impossible. Il faut donc toujours être prêt à pouvoir intervenir par derrière, c'est pourquoi les opérateurs séduits par la facilité de son exécution devraient résister à l'entraînement d'exécuter cette opération dans des polycliniques et dans des cas qui sont absolument contre-indiqués pour cette opération.

— **Beyer** constate que la discussion a tourné surtout autour de l'attico-antrotomie. Cette opération n'est rien de nouveau, c'est l'ancienne opération de Stacke. Elle a donc les mêmes indications, c'est-à-dire : mastoïdite sclérosée, sinus procident et attique très étroit. Beyer ne considère pas l'excision du conduit cutané comme indifférente, parce que elle peut laisser une sténose à sa suite. Dans la dernière épidémie de grippe, Beyer a vu des otites cantonnées dans l'attique donnant lieu à une irritation du labyrinthe. Elles ont cédé à une attico-antrotomie. L'attico-antrotomie trouve une nouvelle indication dans les otites sub-aiguës.

11° Dahmann (Dusseldorf). — Contribution à la physiologie de l'audition. Recherches expérimentales sur le mécanisme des osselets sous l'action du son et de la pression aérienne.

Description de la technique. Microphotographies des mouvements reproduites. Calculs physiologiques et conclusions.

12° Grahe (Frankfort). — Constatations oto-neurologiques dans les affections de la fosse cérébrale moyenne.

La plupart des constatations ont été faites sur des individus (13) ayant subi des lésions du lobe temporal après coups de feu. Les autres cas concernent des tumeurs, des abcès non auriculaires et des lésions du lobe temporal d'origine mal définie. Les lésions du nerf acoustique se caractérisent par une légère diminution de l'audition pour la voix, surtout du côté de l'oreille contra-latérale. Légère diminution de la conduction osseuse. Les auteurs disent aussi que la limite inférieure est quelquefois relevée et tous admettent que la limite supérieure est très souvent abaissée. Au point de vue de l'appareil vestibulaire les constatations sont moins nettes. Il n'existe pas généralement de nystagmus spontané. Le nystagmus expérimental est généralement normal. Il n'existe pas de déviation spontanée chez ces malades. Grahe trouve que expérimentalement, la déviation est plus prononcée vers le côté malade que vers le côté sain. Au contraire, la chute spontanée est plus fréquente vers le côté sain. La chute expérimentale est plus fréquente vers le côté malade. Grahe indique aussi le diagnostic différentiel des tumeurs du lobe tympanal d'avec les tumeurs de la fosse cérébrale postérieure d'un côté, d'avec les tumeurs du lobe frontal de l'autre côté.

13° De Crinis et Unterberger (Grey). — Recherches expérimentales sur l'excitation vestibulaire des vaso-moteurs.

Les rapports entre ces deux systèmes sont connus cliniquement. Les auteurs en démontrent une partie par des expériences exactes qui seront ultérieurement publiées en détail.

14° Hesse (Kœnigsberg). — Recherches expérimentales montrant l'influence du diabète sur l'otite aiguë.

Expériences faites sur le chien rendu diabétique et otitique, prouvant l'influence néfaste du diabète sur l'otite.

15° *Blohmke (Kœnigsberg)*. — Nystagmus provoqué par excitation électrique du tronc cérébral du lapin.

2° RAPPORT

16° *Marschik (Vienne)*. — Pathologie et traitement de la dyspnée laryngo-trachéale.

C'est une véritable monographie sur la question. La partie qui traite de la physiologie, et de la pathologie générale est un résumé des travaux, surtout allemands, où les faits sont rapportés si serrés qu'il faudrait les traduire plutôt que les analyser. Du reste, il faut le dire tout de suite, ce travail qui traite des questions aussi importantes que celles de respiration normale et de la respiration modifiée par des sténoses aiguës et des sténoses chroniques, qui s'occupe de l'asphyxie aiguë, des soins à donner aux cours des accidents de la narcose, intéresse non seulement le laryngologiste mais tout médecin.

Dans les cas de sténose relative, un des phénomènes les plus caractéristiques qui s'établit dès que le sténose survient est le changement de la respiration. La respiration devient plus profonde, et plus lente. Tout de suite le thorax se lève et garde la position d'inspiration comme nous la trouvons dans l'inspiration nasale qu'on considère du reste comme une respiration par sténose physiologique vis-à-vis de la respiration buccale ou trachéale. Le volume d'air introduit dans l'unité de temps augmente, l'aération pulmonaire augmente de ce fait, c'est-à-dire absorption d'oxygène et excrétion d'acide carbonique, les données physiologiques expliquent donc comment l'homme s'adapte à une sténose relative des voies respiratoires. Mais cette adaptation est très instable, elle ne compte que pour l'homme à l'état de repos. Aussitôt que l'homme fait un effort, les méfaits de la respiration sténosée se font sentir, de même toute diminution de l'aire respiratoire et tout trouble nerveux. Pour comprendre cette labilité de la respiration sténosée, il faut savoir, que dans chaque respiration sténosée il y a intervention des muscles auxiliaires de la respiration et non pas, comme on l'a cru, seulement dans les cas graves. Il faut savoir aussi que du fait de l'approfondissement de la respiration et du ralentissement du rythme, la pause respiratoire normale disparaît. Il y a donc augmentation du travail musculaire. De plus, il faut savoir que le rythme respiratoire est entretenu par l'excitation du centre respiratoire par l'acide carbonique. L'excitabilité du centre nerveux de la respiration subit des modifications déjà par le sommeil où elle est abaissée. C'est pourquoi les troubles consécutifs à la respiration sténosée se manifestent surtout la nuit et augmentent par les grands traumatismes moraux. Cette action importante du centre respiratoire nous fait comprendre aussi l'action de la morphine qui est miraculeuse quand il s'agit de calmer les malades pour obtenir une respiration lente et profonde, tandis qu'elle peut devenir catastrophique si d'autres facteurs s'ajoutent ou viendront s'ajouter à son action comme par exemple, une nécrose ultérieure.

Nous avons choisi cet exemple dans le chapitre de la pathologie générale. Non moins intéressant serait le chapitre sur le stridor, l'habitus du sténosé, le diagnostic du siège de la sténose, grâce aux mouvements du larynx à l'habitus et au stridor. Mais il nous paraît surtout intéressant d'attirer l'attention sur le chapitre de la phase de décomposition de la respiration sténosée qui se manifeste par l'accès de suffocation, au cours duquel peut paraître un emphysème interstitiel. Ce accident est considéré comme rare. Cependant il faut savoir que chez le jeune enfant et chez la parturiente le cercle vicieux qui s'établit entre l'augmentation de la sténose et la respiration forcée peut conduire non seulement à

un emphysème du médiastin mais aussi à l'entrée de l'air dans les vaisseaux pulmonaires et conduire à la mort par embolie aérienne.

Par les progrès de la suffocation le malade entre en asphyxie. Le terme généralement accepté veut dire cessation des battements du cœur, tandis que nous comprenons arrêt de la respiration par paralysie du centre, de la respiration avec continuation de la fonction du cœur. On comprend qu'il y a tout intérêt à distinguer entre la mort au cours d'une sténose où le rôle du médecin est terminé, et la mort par la sténose que le médecin doit empêcher. La mort brusque chez le sujet sténosé nous est devenue un peu plus compréhensible depuis que nous avons mieux compris la grande importance du centre respiratoire et la possibilité de la paralysie par l'effet de l'inhibition, c'est-à-dire excitation du pneumo-gastrique et par l'effet du choc. En pratique la mort brusque par le bol alimentaire considérée encore par beaucoup comme mort par asphyxie est plutôt une mort par inhibition, c'est-à-dire par excitation du pneumo-gastrique dans ses terminaisons laryngées. C'est ainsi qu'on explique que, malgré la trachéotomie un tel accidenté, surtout l'enfant qui est très sensible au réflexe cardiaque, peut mourir. Il faut considérer aussi la mort brusque des goitreux non pas due à l'asphyxie mais à la paralysie toxique du cœur par les hormones.

Dans la phase de la résurrection des asphyxiés, le médecin ne doit pas oublier que pour les rescapés tout danger n'a pas disparu et que, malgré la joie d'avoir sauvé un asphyxié momentanément, il faut toujours s'attendre à ce que le centre respiratoire cesse tout de même définitivement sa fonction. Dutheilhet de Lamothe a publié 4 cas où la mort, malgré une trachéotomie heureuse n'a pas eu d'autre explication. Il y a surtout à craindre le danger de l'hyperpnée avec la superventilation, l'anoxémie et la mort consécutive. Nous voyons en petit, pareil phénomène se développer au cours de l'auscultation ordinaire où un sujet, à force d'inspirer profondément, peut avoir une perte de connaissance avec chute. Nous ne parlons pas des pneumonies ni des embolies. Mais l'état de l'hyperventilation par les mouvements respiratoires artificiels peut lui-même occasionner la mort, d'où la prudence pendant l'exécution de la respiration artificielle.

Le diagnostic de la nature, du siège de la sténose peut être et la chose la plus facile et la chose la plus difficile. Nous n'avons pas besoin de rappeler les difficultés qu'on rencontre quand il s'agit du laryngoscoper un enfant surtout en état de sténose aiguë. Il faut être prudent chez l'enfant avec les stupéfiants, surtout s'il faut le narcotiser après. Pour la laryngoscopie indirecte chez l'enfant, Marschik prend un grand miroir, l'applique vers le palais dans sa cavité, où l'enfant n'a pas de réflexe. On peut, en tirant de plus en plus sur la langue, surtout si l'enfant crie, jeter un coup d'œil dans l'intérieur du larynx de l'enfant sans que les nausées et l'hypersalivation gênent comme dans la laryngoscopie ordinaire. Si la laryngoscopie indirecte est impossible, il faut d'adresser à l'endoscopie que tout laryngologiste devrait pouvoir faire. Il est indiscutable que celle-ci comporte des dangers, ne serait-ce que ceux de la narcose. C'est pourquoi il faut toujours être prêt à la trachéotomie d'urgence quand on endort en enfant sténosé. Rien que l'excitation de l'examen peut provoquer un accès de suffocation. La tuméfaction sous-glottique survenant quelques heures après l'endoscopie est aujourd'hui assez connue. Si on a le temps, il ne faut pas oublier que l'examen moderne par les rayons X peut donner des renseignements qui ne le cèdent en rien aux renseignements donnés par l'endoscopie, surtout en ce qui concerne les sténoses bas situées et les sténoses dans les goitres.

Certainement il serait du plus haut intérêt de réserver tout le chapitre traitant des secours à donner aux asphyxiés, mais c'est impossible, car dans une question aussi grave, chaque détail est important. Ainsi, par exemple, on lit toujours que la première des choses à faire chez les noyés est la respiration artificielle. En réalité, et les secouristes l'oublient souvent, la première manœuvre à faire, c'est de débarrasser les voies respiratoires de l'eau qui a pénétré. Il faut commencer par soulever les noyés par les pieds et avoir soin de laisser

l'eau s'écouler par la bouche et non par le nez. On peut coucher le malade sur le ventre de façon à faciliter cette expansion de l'eau par la compression de l'abdomen et du thorax. Analogue à l'asphyxie par l'eau, est l'asphyxie en cas de grande hémoptysie chez les phthisiques et chez les suicidés et après une opération (amygdales, nez), même l'épistaxis. Le danger d'aspiration et d'asphyxie augmente du fait que l'excitabilité du centre respiratoire se trouve diminuée soit par le sommeil, soit par les stupéfiants (morphine). Le nombre des cas de mort survenus de cette façon est incroyablement grand. Le caillot de sang obstrue rapidement les grandes voies respiratoires et la vie du malade dépend de l'intervention du médecin appelé à temps. Il n'y a pas à songer à enlever le sang par le larynx. Il faut faire une large trachéotomie dont le bienfait se manifestera aussi pendant les manœuvres de la respiration artificielle.

La respiration artificielle date depuis 150 ans. La méthode la plus en usage est celle de Sylvester (1858). Pour les noyés et les électrocutés, Schaeffer a indiqué sa méthode en 1904. Il existe encore beaucoup d'autres méthodes dont la plus connue est celle de Laborde (1894) qui, quoique excellente, ne constitue qu'une méthode destinée à exciter le réflexe du centre respiratoire, comme le médecin populaire en connaît un grand nombre (friction de la plante des pieds avec une brosse, dilatation brusque de l'anus par un doigt, chatouillement de la pituitaire, etc.). Nous mentionnons l'excitation des nerfs phréniques par le courant faradique qui d'après Israel serait le meilleur moyen pour ranimer le nouveau-né asphyxié. Il est impossible de mentionner ici tous les médicaments recommandés. Dernièrement, on a vanté les injections intra musculaires ou intra veineuses de lobéline 0,003 à 0,006. Les résultats ont été merveilleux dans quelques cas. De même, le mélange de Henderson, oxygène + acide carbonique 5 %, ne devrait manquer dans aucune service où on fait l'anesthésie générale. La respiration artificielle reste malgré toutes les autres recommandations le moyen souverain dans les cas de mort apparente par asphyxie. Comme dans les cas graves, ces exercices respiratoires doivent être continués pendant 8 et 12 heures, on a été obligé de construire des appareils qui remplacent l'homme. Il en existe actuellement un assez grand nombre, tous susceptibles de critiques.

Heureusement pour le médecin son intervention est plus souvent nécessitée dans les attaques de dyspnée aiguë que d'asphyxie. L'effet de la morphine dans ces cas, son mode d'administration, même chez les enfants, doit être connu de tout médecin. Tous les pédiatres expérimentés affirment que trachéotomie et intubation cèdent de plus en plus le pas à la morphine. Bien entendu la surveillance la plus stricte d'un enfant en imminence d'asphyxie, est nécessaire. De toutes petites doses de lobéline augmenteront l'action de la morphine. On a essayé de remplacer la morphine par ses dérivés, dicodide (de codéine) et dilandide (de laudanum) sans parler du frontopan. Un autre médicament puissant pour combattre la dyspnée est l'oxygène. Il évite la trachéotomie dans les sténoses aiguës, susceptibles de disparaître spontanément après quelques heures (œdème de Quinke). Il facilite l'examen au miroir laryngoscopique même chez un malade suffoquant, il permet de transformer une trachéotomie d'urgence en une trachéotomie classique. Chez les enfants, l'oxygène est absolument indiqué dans la phase cyanotique de toutes les affections infectieuses.

Comme l'oxygène, le calcium est vanté pour son action calmante dans la dyspnée laryngo-trachéale. C'est depuis la guerre où son action contre l'œdème infectieux du larynx post-gazeux a été utilisé en pratique, que le calcium a été employé soit sous forme d'inhalations, soit par injections intra veineuses, adénil. Il existe d'excellentes préparations de chlorure de calcium modernes qui permettent son emploi *per os*.

Les procédés chirurgicaux employés contre les sténoses aiguës du larynx, quoique très discutés, devraient être connus de tous les laryngologistes. Cependant si Marschik croit qu'une trousse d'intubations devrait se trouver à portée de la main de chaque laryngolo-

giste aux heures de la consultation, il est certain qu'il envisage une nécessité rarissime. Comme instruments d'extrême urgence. Marschik mentionne aussi le trocart de Poirier-Butlin pour la conicotomie. Quant aux sténoses aiguës situées au-dessous du larynx, les interventions chirurgicales sont d'une extrême difficulté. La trachéotomie ici n'est qu'un acte préparatoire permettant au chirurgien l'attaque de la sténose.

Le traitement médical des formes chroniques de la dyspnée laryngo-trachéale réclame surtout l'emploi de l'iode. On peut faciliter la tolérance à l'iode par l'addition de bicarbonate de soude, de teinture de noix vomique et de calcium. Jointe à la théobromine, la combinaison iodure-calcium est un excellent hypotenseur.

A côté de l'iode, il y a toute la pharmacopée pulmonaire, la physiothérapie (vibro-massage entre les omoplates, les inhalations, les exercices respiratoires, la climatothérapie, etc., à mentionner.

Quant au traitement chirurgical des sténoses chroniques des voies respiratoires profondes, il est presque impossible de tenir compte dans un résumé des travaux même les plus importants. De tout temps, on a distingué entre les sténoses siégeant à l'intérieur des voies respiratoires et les sténoses dues à la compression externe. Quant à ces dernières, le goitre en forme le type le plus connu. Les sténoses internes ont été attaquées par deux méthodes différentes, soit par la dilatation progressive chronique, soit par l'opération plastique. Chaque procédé peut se faire avec ou sans trachéotomie.

A ces deux procédés classiques est venu s'ajouter avec les progrès de la chirurgie, le procédé par la résection totale de la partie rétrécie avec plastique consécutive.

La méthode de la dilatation lente et progressive est surtout indiquée dans les sténoses du larynx. Elle est réservée à quelques rares spécialistes qui obtiennent avec elles des résultats impossibles à obtenir à ceux qui n'ont pas un don spécial de patience, prudence et finesse de toucher. Les résultats que Schrötter au début de l'ère laryngologique a obtenus sont aujourd'hui notés encore par Thost et ses élèves. A côté des dilatations progressives, on a essayé aussi, comme dans les autres sténoses, l'électrolyse et dernièrement l'électro-coagulation.

La méthode opératoire des sténoses du larynx se fait aujourd'hui sous les différentes formes de la laryngostomie (Marschik dit qu'on appelle cette méthode en France, la ptomie) elle paraît pour Marschik la solution définitive du problème du traitement opératoire des sténoses du larynx. On a même un peu exagéré dans ce sens, croit le rapporteur, puisque on a soumis à la laryngostomie des cas qui auraient pu guérir par les précédés conservateurs. Ces nombreuses opérations nous ont montré que dans la sténose, les périchondrites, les chondrites et les ostéites ossifiantes jouent un très grand rôle. Nous avons appris à attaquer ces tuméfactions, nous ne craignons plus aujourd'hui de supprimer une grande partie du soutènement osseux du larynx. Depuis les travaux de Hansberg, les laryngologistes font des résections sous-muqueuses et osseuses du larynx, et évitent ainsi les sténoses périchondrytiques graves. Dernièrement, Soerensen a montré qu'on peut même opérer ces périchondrites sans laryngofissure et chose incroyable même la dilatation ultérieure deviendrait inutile. On voit combien à l'avenir le traitement de la laryngostomie sera simplifié. Pour le moment, Marschik se tient presque entièrement à la technique établie par Sargnon.

Les dernières pages du Rapport sont réservées à la question du décanulement difficile et à la plastique des fistules. Si pour le décanulement difficile, le psychisme joue un grand rôle, il est certain qu'il y a des conditions anatomiques aussi qui rendent la suppression de la canule difficile. Les procédés du décanulement lent et prudent sont connus. La plastique a fait des progrès immenses, surtout depuis que les mutilations de la guerre ont obligé les laryngologistes à réédifier pour ainsi dire un larynx nouveau. Les lambeaux de Thiersch.

les transplantations cartilagineuses, surtout le procédé de Esser et Maryold ont contribué aux bons résultats obtenus.

A son long Rapport, Marschik ajoute une bibliographie qui comporte 23 pages imprimées où surtout la littérature des 20 dernières années sur la question se trouve mentionnée sans préférence spéciale pour la littérature allemande.

17^e Félix Kleewitz. — Le rapporteur.

Ce court Rapport ne traite que des quelques travaux modernes de la physiologie. Les recherches modernes ont montré qu'au repos, la respiration sténosée ne se manifeste pas par un changement très prononcé de la constitution du sang au point de vue physico-chimique. Cependant il ne faut pas oublier que la respiration sténosée, même chez l'homme au repos n'est plus du type normal. Le volume d'air inspiré à chaque inspiration peut être augmenté, mais la fréquence respiratoire est diminuée de sorte qu'en fin de compte, il existe tout de même un certain degré d'inhalation.

Il existe donc malgré les recherches du laboratoire, d'après Bass, un certain degré de faim d'air qui devient manifeste aussitôt que le sujet sténosé se livre à un travail. La respiration devient alors plus superficielle parce que plus fréquente. Au déficit d'oxygénation, l'organisme essaye d'échapper par une meilleure utilisation de l'oxygène.

Deux questions intéressent particulièrement Kleewitz. Il étudie d'abord la sténose aiguë extrême par obstruction brusque du larynx comme elle se produit par déglutition d'un bol volumineux. Il a été déjà mentionné que dans ces cas, on admet la mort par asphyxie brusque. Mais le mécanisme peut être un autre aussi. Par l'expiration forcée, l'individu augmente la pression intra-thoracale. L'aspiration du sang veineux qui se fait automatiquement par la pression négative intra-thoracique est interrompue. Le sang veineux n'arrive plus dans le cœur droit tandis que le cœur gauche continu à se vider de sang. La perte de la connaissance et la mort peuvent se produire en peu d'instant. Dans des degrés moins prononcés de sténose brusque, s'établit un certain degré d'anxiété même si l'obstruction permet encore une respiration relativement bonne. Cet élément psychique joue un très grand rôle dans la symptomatologie de la sténose aiguë.

Un autre point intéressant est la combinaison d'une dyspnée par sténose avec une dyspnée d'autre origine comme vago-cardite, et coronorite, emphysème. Cet emphysème surtout est intéressant parce que à la suite de la sténose, le thorax a une tendance à se lever constamment, et dans les formes chroniques un certain degré d'emphysème pulmonaire est la règle. Le moindre degré de bronchite constitue alors un état de dyspnée qui est mixte, pulmonaire et sténosante. Si la dyspnée est d'origine cardiaque le contact respiratoire est lésé également et nous aurons alors aussi une dyspnée d'origine cérébrale. Enfin l'alcalescence du sang peut diminuer et nous avons une dyspnée d'origine hémotogène. On voit que pour une bonne thérapeutique, le problème du diagnostic est assez complexe. En règle générale, il faut dans chaque cas de sténose mettre le malade au repos moral et physique. Le siège de la sténose sera très souvent reconnu par les anasthésiques et le stridor. La question de la trachéotomie prime tout, mais est lourde de conséquences. Ne jamais oublier qu'une sténose organique est souvent empirée par une autre d'origine spastique, qui peut être supprimée par l'atrophie ou l'adrénaline. Enfin les inhalations d'oxygène doivent toujours être employées.

Communications

18° *Van Gilse et M^{lle} Kayser (Amsterdam).* — **La différenciation du stridor, dans les voies respiratoires à localisations variées.**

L'auscultation méthodique du larynx, de la trachée, des grandes bronches permettrait une localisation de l'endroit sténosé. En effet, à l'endroit de la sténose les phénomènes pathologiques, auscultatoires sont les plus marquées, surtout parce que les sons de tonalité plus élevée s'y entendent le mieux. Les auteurs ont établi des schémas qui permettent, par l'auscultation, de reconnaître si le corps étranger, car il s'agit surtout en pratique de ces sténoses aiguës dues à des corps étrangers, siège dans la glotte, dans l'espace sous-glottique, s'il est fixé dans la trachée, s'il s'y meut librement ou s'il est fixé à l'entrée d'une bronche. A titre d'exemple, nous résumons les caractéristiques auscultatoires d'un corps étranger fixé à l'entrée d'une bronche (la droite généralement). La dyspnée généralement peu marquée, à moins que le corps étranger par sa taille obstrue aussi la trachée ou l'autre bronche. Stridor pendant l'inspiration et pendant l'expiration. Quelquefois plus prononcé à l'expiration. Dans les anamnésiques les quintes de toux peu marquées. A l'auscultation de la trachée et de la bronche, la sonorité des phénomènes adventices augmente si on approche de l'endroit où siège ce corps étranger un peu latéralement de la colonne vertébrale. Quelquefois la transition d'un stridor à peine marqué sur la trachée vers un stridor sonore de tonalité élevée au-dessus du siège du corps étranger est très marquée. Si le caractère, et surtout l'intensité, à cet endroit change, on peut présumer que le corps étranger n'est pas fixé. Pas de quintes de toux. A l'auscultation la respiration est diminuée, sur tout le poumon du côté obstrué.

A côté de ces recherches cliniques, les auteurs ont aussi enregistré avec l'appareil de Rousselot et le phonographe les bruits que provoquent ces sujets sténosés pendant les cris et la phonation. Ces recherches ne sont pas encore terminées mais les auteurs croient qu'elles compléteront les trouvailles cliniques.

19° *Claus (Berlin).* — **Sténose aiguë du larynx post-angineuse.**

L'angine dans ces cas doit être prise dans un sens très large, comme inflammation de tout le système de Waldeyer. Même ainsi élargie, cette sténose est très rare. Claus qui est à la tête d'un service spécial de septiques d'origine rhino-pharyngée n'a vu que 14 cas dans l'espace de 2 ans 1/2, sur une cinquantaine de malades admis dans son service. Il s'appuie surtout sur un travail de Leicher, qui à la clinique universitaire de Francfort a vu, dans l'espace d'un an, 7 cas survenus après inflammation de l'amygdale palatine. Au moment où les malades se sont présentés, l'angine était en décroissance et sans un examen très serré on aurait pu croire à un œdème aigu du larynx. Trois sur les sept cas ont présenté une épiglote comprimée latéralement, connue sous la dénomination d'épiglotte infantile. Le caractère dangereux de cette forme d'épiglotte est connu depuis 1891, par une publication de Hajek. Chez tous les malades on a constaté une tuméfaction de la chaîne ganglionnaire, des ganglions lymphatiques du cou, plus prononcée d'un côté. La constatation de ces ganglions, surtout à l'embouchure de la veine faciale dans la veine jugulaire, est très caractéristique. Tous les cas ont été guéris par l'ouverture de la gaine vasculaire, extirpation des ganglions et large drainage. Leicher croit qu'il s'agit dans ces cas d'un œdème dans le système veineux par compression par les ganglions tuméfiés, et en même temps

oedème du système lymphatique, de l'espace supra-laryngé. Claus peut confirmer cette pathogénèse pour beaucoup de cas et surtout il accepte la médiastinotomie supérieure comme procédé thérapeutique. Elle rendra la trachéotomie inutile dans beaucoup de cas. Si les phénomènes septiques ne cessent pas et si l'angine est nette, surtout s'il existe phlegmon péri-tonsillaire, Claus conseille l'extirpation de l'amygdale.

20° Seiferth (Cologne). — Examen histologique d'un cas de chondrite et périchondrite du larynx. La valeur symptomatologie que de la dyspnée dans cette affection.

Une femme de 22 ans avait été trachéotomisée pour diphtérie à l'âge de 1 an. Elle a pu être décanulée, mais elle a dû être souvent dilatée pour une sténose prononcée du larynx. Elle est morte à l'âge de 22 ans. C'est son larynx qui a été examiné histologiquement par Seiferth. Macroscopiquement, on voit que la sténose est surtout prononcée dans la région du cartilage cricoïde sous forme d'une cicatrice étalée qui, en demi-lune, obstrue la partie postérieure de la lumière du larynx. Le cartilage est très épaissi. Il s'agit d'une cicatrisation d'une ancienne périchondrite dont l'examen histologique est minutieusement rapporté par Seiferth. Une telle guérison est relativement rare sans opération. Nous savons actuellement, depuis les travaux de Hinsberg, qu'il ne faut pas trop tarder avec le traitement opératoire de ces chondro-périchondrites. L'indication, au moins pour la trachéotomie, est donnée par la dyspnée. Dans les cas aigus une dyspnée menaçante peut brusquement survenir. Dans les cas chroniques, la dyspnée apparaît sous forme de crises, avec des périodes d'accalmie où la respiration paraît revenue presque à la norme. Les périodes de rémission cependant ne doivent pas tromper le laryngologiste. Il faut au contraire intervenir à temps avant que poumons et cœur ne pâtissent de la sténose. Si le malade guérit, il se développe tout de même une sténose qui résiste à la dilatation et qu'il faut traiter opératoirement par résection sous-muqueuse des parties sténosantes. Pour montrer le danger que présentent les formes même pas très prononcées de la sténose aiguë inflammatoire, Seiferth rapporte deux cas de mort brusque chez des individus solides, ayant fait une laryngite grippale sous-glottique, et morts brusquement, non pas tant par l'asphyxie, mais très probablement par inhibition ou paralysie du centre respiratoire.

21° Leicher (Francfort). — Trachéobronchite aiguë, hémorragique sèche.

Il s'agit d'une nouvelle forme de grippe se manifestant par le développement rapide d'une sécrétion dure, collante, se composant de mucus, de sang et de fibrine se développant très rapidement, remplissant la trachée et les bronches, ne cédant à aucun moyen de thérapie ordinaire, même pas à l'intubation, mais nécessitant la trachéotomie et l'écouvonnage constant. Des 5 cas rapportés, le premier est particulièrement intéressant. Un garçon de 11 ans, tombe malade la veille de son admission à l'hôpital. On croit à un refroidissement. Dès le lendemain la suffocation est si violente qu'arrivé à la clinique universitaire, Leicher a dû immédiatement introduire le tube de Brunings sans aucune anesthésie. En 24 heures, il a fallu passer 4 fois le trachéoscope jusqu'à ce qu'on ait fini par une trachéotomie. Intéressante aussi est l'histoire d'un bébé de 7 semaines entré à la clinique avec dyspnée apparue dès la naissance. Aux rayons X, on reconnaît une tuméfaction des ganglions médiastinaux. A l'autoscopie les deux cordes vocales en position médiane. A la bronchoscopie rien de particulier. Trachéotomie. Deux jours après la trachéotomie, se développe chez ce nourrisson le syndrome de la trachéite hémorragique sèche.

La dyspnée devient si intense qu'il faut trois ou quatre fois par jour enlever la canula, le débarrasser des masses dures brunâtres qui l'obstruent, et faire le même nettoyage avec des tampons montés dans les bronches. Après 15 jours, la canule peut être supprimée. L'enfant quitte la clinique avec une corde en position normale, probablement due à une séance de rayons X.

22° Else Lévy (Berlin). — Le traitement de la dyspnée dans l'asthme bronchique.

L'année dernière l'auteur a présenté ses masques et sa chambre anti-asthmaticque, permettant aux asthmatiques de respirer un air débarrassé de la souillure habituelle de l'air provoquant l'asthme. Cette année, elle présente un sac anti-asthmaticque établi sur les mêmes principes et permettant aux malades peu fortunés de dormir dans un air débarrassé de la pollution asthmagène.

23° Runge (Hambourg). — Traitement conservateur dans le décanulément difficile des enfants.

Avec une trachéotomie bien faite, une surveillance constante des enfants, on peut assister à une disparition spontanée de la sténose dans les premières années de la vie des enfants trachéotomisés. Si avant un an et demi, la trachée n'a en effet qu'un diamètre de 5 à 6 millimètres ; de 2 à 4 ans, de 7 millimètres ; de 4 à 6 ans, de 8 millimètres, cette augmentation donne calculée pour la surface respiratoire : 28, 39, et 50 millimètres carrés. De cette façon un rétrécissement qui se faisait sentir dans une lumière trachéale de 28 millimètres carrés se fait déjà moins sentir quand cette surface est de 39 millimètres carrés. Avec l'âge, la compressibilité de la trachée infantile diminue également, de même la tendance de la muqueuse au gonflement, du fait qu'elle adhère davantage au cartilage trachéal. Ces conditions permettent d'essayer la suppression pure ou simple de la canule après avoir surveillé la respiration des enfants avec la canule bouchée, surtout pendant le sommeil. Sur 10 enfants ainsi décanulés, entre 1 et 3 ans, un seul est mort asphyxié parce que le secours n'a pu être apporté assez promptement.

DISCUSSION

— **Lange (Berlin).** Une des causes des sténoses du larynx et de la trachée est la péri-chondrite chronique qui laisse à sa suite une hypertrophie surtout du cricoïde et moins prononcée dans les anneaux de la trachée et dans le cartilage thyroïde. L'hyperostose du cricoïde peut aller jusqu'à un diamètre de 1,5 centimètre s'étendant dans la lumière du larynx et dans celle de l'hypopharynx. Il est évident qu'un traitement par la dilatation dans un pareil cas est voué à un échec sans compter les dangers possibles.

— **Lerensen** opère ces cas de la façon suivante. La trachéotomie est élargie par des incisions latérales. La muqueuse est soulevée sur le cartilage d'abord de la trachée, ensuite du cricoïde et du thyroïde. Le cartilage dégénéré est ainsi enlevé d'une façon sous-muqueuse. Le premier jour on applique un tampon de gaze iodoformée qu'on remplace ensuite par un tube en caoutchouc qui permet au malade la respiration. Après plusieurs mois, fermeture du trachéostoma.

— **Puttich** a vu des sténoses dans les cas d'angine dues à la tuméfaction de la luette qu'il a fallu sectionner à l'anse. L'anesthésie était inutile tellement l'infiltration avait paralysé les nerfs.

— **Dahlmann** a vu un cas analogue à ceux décrits par Leicher comme laryngite hémorragique sèche. Un enfant jouait encore à midi. A 14 heures, raucité de la voix. A 16 dyspnée commençante. A 22 heures, trachéotomie. Par la trachéoscopie, on enlève un véritable moulage de la trachée constitué par une sorte de membrane d'une gélatine sanguinolente. A 3 heures du matin nouvelle asphyxie. Les bronches remplies presque complètement par cette matière. Nettoyage impossible. Mort à 10 heures du matin.

— **Krainz** vante l'éphétonine Merck dans l'œdème inflammatoire aigu du larynx. Moins toxique que l'adrénaline, son action ischémiant dure plus longtemps. On l'emploie dans une solution à 5 % mélangée au tiers avec la solution ordinaire d'adrénaline comme sprays dans le larynx ou mélangée avec la même quantité d'eau comme inhalations. L'anémie dure 2 à 3 heures, le traitement peut être continué même chez les cardiaques pendant des journées. Joint à la vessie de glace ce traitement peut éviter la trachéotomie.

— **Marschik** est d'accord avec Rünge pour recommander l'extrême conservatisme dans le décanement des tout jeunes enfants. Chez un petit malade, la sténose avait laissé une lumière pas plus large qu'une épingle. L'enfant était destiné à la dilatation que les parents refusèrent constamment. Finalement l'enfant pouvait respirer avec la canule bouchée. Deux ans plus tard, la sténose paraissait élargie. Vers l'âge de 9 ans, la lumière de la sténose avait la largeur d'une plume d'oie et la canule pouvait être définitivement supprimée. Chez les enfants, les possibilités de réparation fonctionnelle sont infiniment plus grandes que chez l'adulte, d'où une différence dans les indications. Vers la puberté s'établit de nouveau un plus grand besoin d'oxygénation. Ce dont il faut tenir compte aussi, c'est que des laryngologistes comme Saint Clair Thomson ont vu des malades qui pendant 40, 50 et 70 ans ont porté des canules sans avoir été sujets à des bronchites. Le procédé de la résection sous-muqueuse du cartilage hypertrophié est une méthode d'avenir, mais s'applique seulement aux sténoses dues à la périchondrite. Quant à la communication de Leicher, on est étonné de ne rien trouver dans les bronches à l'autopsie des malades chez lesquels, pendant la vie, trachée et bronches étaient remplies de sécrétion. En ce qui concerne le stridor congénital, il est dû à des causes multiples. Jackson l'a vu dans des cas d'hyperplasie du thymus. Hasslinger l'a vu dans des cas où des bourrelets œdématisés à l'entrée du larynx en étaient la cause. Chez le tout jeune enfant les tissus du larynx sont très mous et se laissent facilement aspirer. Avec l'âge, la charpente cartilagineuse se solidifie, l'aspiration disparaît et avec elle le stridor. En terminant, Marschik rappelle encore une fois le caractère grave de la sténose laryngo-trachéale, du fait de la possibilité du choc et de l'inhibition.

SOCIÉTÉ ROYALE DE MÉDECINE DE LONDRES

SECTION D'OTOLOGIE

Séance du 6 décembre 1929

Cette séance a été entièrement consacrée à la discussion du sujet suivant : *Valeur diagnostique des rayons X pour l'examen de l'os temporal et dans les tumeurs de la huitième paire*. Nous ne donnons ici que les communications susceptibles d'être analysées.

I. Gaham Hodgson. — Valeur de l'examen aux rayons X de l'os temporal.

L'auteur a étudié radiographiquement le labyrinthe dans l'otosclérose et il a noté que les altérations osseuses révélées par ce procédé ne sont pas en rapport avec la gravité de l'affection ou les symptômes accusés par les malades. Dans un tiers des cas les altérations sont évidentes, tandis que dans les deux tiers restants la radiographie ne décèle rien d'anormal. On ne peut donc pas dire qu'au point de vue du diagnostic de l'otosclérose la radiographie soit d'un grand secours ; mais ce sont des recherches qu'il faut absolument poursuivre.

II. Layton. — Valeur de la radiographie dans la mastoïdite sans symptômes.

L'inflammation du diploé mastoïdien ne se révèle par aucun symptôme. Les signes cliniques généralement observés ne sont pas ceux de l'inflammation osseuse, ils sont liés à la propagation de l'infection aux structures voisines : mais celle-ci n'est nullement obligatoire et c'est pour cela que la radiographie présente un si grand intérêt dans tous les cas de suppuration auriculaire qui ne sont pas en bonne voie de guérison au bout de 15 jours. A ce moment, on peut voir un effacement des parois cellulaires de la mastoïde : c'est là une indication opératoire suffisante, qui permettra d'obtenir une guérison complète de l'otorrhée. Plus tard, survient la sclérose, bien reconnaissable aux rayons ; mais alors le succès de l'intervention devient douteux. Ce processus ne survient en général qu'au bout de 2 mois. Tel est le temps dont on dispose pour intervenir utilement mais il ne faut chercher ni dans le nez, ni dans le pharynx, la cause de la prolongation de l'otorrhée. Il faut faire une radio. L'auteur illustre sa communication de quelques exemples.

— **Watson-Williams.** contredit formellement l'opinion précédente. L'image radiographique peut conduire à des interventions inutiles. Ce sont les signes cliniques qui doivent guider.

— **Layton.** réplique que dans les cas où la radiographie lui a été utile, il n'y avait aucun autre signe d'inflammation mastoïdienne. Quand on ouvre la mastoïde, la guérison n'est pas due à un meilleur drainage de la cavité tympanique, mais à l'ablation de l'os mastoïdien malade. Si l'on ne fait pas de radiographie on s'expose à ouvrir inutilement une mastoïde saine, et la guérison ne se produit pas.

III, *Just.* — Quelques remarques sur le diagnostic des tumeurs de l'acoustique.

Remarques basées sur 33 cas observés dans les 6 dernières années, avec contrôle histologique. L'affection n'est donc pas exceptionnelle. Sur ces 33 cas, 24 fois, il s'agissait de femmes. Le plus fréquemment la maladie apparaît aux âges moyens de la vie. Surdité, céphalée, chute sont les signes les plus souvent notés. Puis viennent la baisse de la vision, les bourdonnements, les vomissements, les vertiges. La surdité est constante, mais quand elle est unilatérale, elle peut passer inaperçue. La diminution du tonus musculaire dans un bras ou une jambe n'est pas rare.

Au point de vue clinique, il n'y a pas de différence entre les tumeurs de l'angle et les tumeurs de la huitième paire proprement dite.

Le nystagmus spontané est toujours présent et le plus souvent il se manifeste violemment lorsque le regard est dirigé vers la tumeur.

Au point de vue radiographique, il faut noter que dans les 14 cas où on a eu recours à cette exploration, 4 fois on a noté un élargissement du conduit auditif interne. Dans les 10 autres cas, la radiographie était normale.

Au point de vue cochléaire, il est extrêmement troublant de constater que dans des cas qui ne sont nullement rares la surdité affecte le type dit de la transmission : Weber latéralisé du côté malade, Schwabach prolongé avec le contrôle d'un assourdisseur placé dans l'oreille saine, Rinne négatif.

En ce qui concerne l'examen de la branche vestibulaire on peut dire que dans tous les cas, il y a abolition ou diminution des réactions normales. Mais les constatations ne sont pas toujours aisées, puisque les malades ont du nystagmus spontané dans presque toutes les directions avec vertiges, Romberg, etc. L'épreuve rotatoire, ne rend ici aucun service. L'épreuve galvanique est bien incertaine et c'est l'épreuve calorique sur laquelle on doit se fonder, car de l'avis de l'auteur, elle n'est ici jamais en défaut. L'auteur cite plusieurs exemples qui montrent comment cette épreuve permet avec certitude de déceler la paralysie vestibulaire.

IV. *Fraser et Gardiner.* — Tumeurs de la huitième paire.

En 10 ans, les auteurs ont observé 13 cas suspects de tumeurs de l'acoustique, 8 fois le diagnostic fut confirmé opératoirement ou postmortem. Au point de vue cochléaire on a noté le Rinne totalement négatif, faux Rinne négatif. Weber latéralisé du côté sain. Au point de vue vestibulaire, on a noté le nystagmus spontané dans tous les cas, mais il semble aux auteurs que le nystagmus spontané bilatéral avec addition d'un nystagmus spontané vertical a une valeur particulière pour le diagnostic de tumeur de la huitième paire. De même, les auteurs insistent sur le fait que l'épreuve de l'indication donne presque toujours un résultat normal. L'épreuve de Romberg ne donne pas de réponses caractéristiques. L'épreuve capitale c'est l'épreuve calorique : dans tous les cas où on l'a pratiquée on a noté l'inexcitabilité du côté malade. Dans quelques cas l'irrigation du côté sain a donné lieu à un nystagmus prolongé. Dans les quelques cas où on a eu recours à la radiographie, celle-ci n'a rien montré d'anormal.

Les auteurs énumèrent les diagnostics qui peuvent être discutés, et résument une de leurs observations.

— **Dundas Grant** contrairement à Gust accorde une grande valeur à l'épreuve galvanique, mais en employant la méthode unipolaire, unilatérale. Quelques milliampères suffisent à provoquer la chute du côté de l'anode.

— **Alexander R. Tweedie** contrairement aux auteurs utilise toujours l'épreuve rotatoire. Pour l'épreuve galvanique, il s'est rendu compte qu'il fallait accorder de l'importance au moment où survient la chute. Chez un sujet normal, elle survient avant le nystagmus, mais dans les cas pathologiques cet ordre peut être inversé.

— **Watson-Williams** pense qu'on doit trouver l'explication de la surdité type « conduction », paradoxalement rencontrée par Just chez ses malades, dans une exsudation lymphatique dans les rampes tympaniques et vestibulaire, l'organe de Corti demeurant intact.

CAUSSÉ.

ANALYSES

GÉNÉRALITÉS

Ledecke et Félix. — Le torticolis symptomatique d'affection de la gorge, du nez et des oreilles (*Archiv für Ohren, etc.*, vol. CXXIV, p. 109-116, nov. 1929).

On ne connaît guère habituellement que le torticolis qui se produit au cours de la mastoïdite de Bezold. On peut presque régulièrement l'observer à un degré plus ou moins prononcé au cours des thrombophlébites sinuso-jugulaires, surtout lorsque celles-ci s'accompagnent de périphlébite.

L'auteur s'occupe dans ce travail principalement du torticolis lymphogène consécutif à une atteinte des ganglions cervicaux profonds, dont la cause doit être en général recherchée dans une affection du territoire oto-rhino-laryngologique. Dans ces cas, la tête est portée penchée vers le côté malade, et en légère rotation vers le côté sain, pour arriver, par le relâchement du muscle sterno-céido-mastoïdien à exercer un minimum de pression sur les ganglions tuméfiés et douloureux. Très souvent, les ganglions rétropharyngés sont atteints également.

Le syndrome peut s'observer au cours des otites externes et moyennes. Les auteurs rapportent une observation de torticolis consécutif à une otite moyenne aiguë avec adénopathie cervicale, guéri en même temps que l'otite.

Le plus souvent il s'agit cependant d'affections amygdaliennes, aiguës ou chroniques ; les auteurs en rapportent 3 exemples. Dans ces cas, il se fait très fréquemment secondaire à l'arthrite des petites articulations de la colonne cervicale. Lorsque l'affection, amygdalienne n'est pas combattue précocement, ces arthrites peuvent amener une ankylose de la colonne cervicale, et le torticolis peut ainsi devenir incurable. Lorsqu'au contraire, l'infection amygdalienne arrive à guérir précocement à la suite d'un traitement médical ou chirurgical, le torticolis est lui aussi susceptible de guérir.

La connaissance de ces faits est d'une grande importance pour l'orthopédiste, et les auteurs recommandent de soumettre à un examen oto-rhino-laryngologique tous les cas de torticolis dont la cause n'est pas évidente.

A. KLOTZ.

Ruppe et Hénault. — A propos de deux cas de stomatite leucémique (*La Revue de Stomatologie*, mars 1930, pp. 144-147).

Dans les 2 observations rapportées la stomatite fut le premier signe qui permit de penser à la leucémie. Dans les deux cas une avulsion dentaire avait été faite et c'est à cette avulsion qu'on attribuait l'apparition de la stomatite. Cependant le foyer d'extraction apparaissait normal et contrastait grandement avec l'état des gencives qui avait un aspect hyperplasique et échymotique des plus caractéristiques. Ce qui doit donc conduire au

diagnostic de leucémie c'est cette apparence scorbutique de la stomatite, et l'absence de véritables signes d'infection locale. La gencive ecchymotique contraste avec la pâleur des muqueuses. On constate une adénopathie sous angulo-maxillaire constituée par des ganglions petits et durs sans périadénite. Enfin l'état fébrile est sans rapport avec l'aspect du foyer d'avulsion. Ce qui peut encore aider à poser le diagnostic, c'est la notion d'hémorragies antérieures.

CAUSSÉ.

Marcel Lapasset. — Syndrome pâleur-hyperthermie chez les nourrissons opérés (Thèse de Toulouse, février 1930. Service de Clinique Chirurgicale infantile, Pr. CAUBERT).

Si nous rapportons ici les conclusions de cette Thèse, c'est que la question intéresse les laryngologistes au même titre et tout autant que les chirurgiens d'enfants. Ce travail est d'ailleurs une remarquable mise au point du sujet, il a le mérite d'apporter une conception originale de la mort post-opératoire du nourrisson, basée sur des recherches expérimentales personnelles et vérifiée par des séries opératoires heureuses.

On sait que, 6 ou 12 heures après une intervention pratiquée chez un nourrisson, il est malheureusement assez fréquent d'observer une hyperthermie atteignant rapidement 41-42°, une pâleur exagérée de la face, une diminution progressive de la tension sanguine, — accidents terminés habituellement par la mort 2 à 10 heures après l'apparition de la pâleur.

Pour L., ce syndrome est sous la dépendance du shock nerveux tel qu'il a été défini par Cryle ; il résulte d'excitations violentes venues des nerfs de la sensibilité générale ou viscérale. C'est le traumatisme opératoire qui a le rôle de premier plan dans la détermination des accidents : il est le point de départ d'impulsions nerveuses qui réagissent anormalement sur les centres et perturbent les fonctions organo-végétatives.

Ceci se conçoit d'autant mieux que le système neuro-végétatif du nourrisson n'est pas apte à parer aux perturbations de la vie organique : des épreuves témoignent de son déséquilibre et tout particulièrement le réflexe oculo-cardiaque, atténué chez l'enfant, inexistant chez le nouveau-né, nettement exagéré chez le nourrisson. Celui-ci ne saurait être considéré, au double point de vue anatomique et physiologique, comme un adulte aux proportions réduites : intermédiaire entre le stade fœtus et le stade adulte, il s'adapte peu à peu aux conditions de la vie extérieure et les réactions de son système nerveux végétatif se montrent inconsidérées, maladroites.

Au contraire, chez le nouveau-né, ces réactions sont frustes, ce qui explique que celui-ci est extraordinairement résistant aux interventions chirurgicales.

Le traumatisme local étant la cause provocatrice de réflexes dangereux sur un être au système nerveux instable, L. a eu l'idée de « bloquer la voie nerveuse afférente par un anesthésique »... et d'utiliser « dans la prophylaxie des accidents, la combinaison de l'anesthésie locale et de l'anesthésie générale ». L. rapporte une série d'observations constamment heureuses montrant l'efficacité de cette double anesthésie, qui protège les nourrissons contre les causes centrales et périphériques du shock.

ANDRÉ VIELA (de Toulouse).

H. Proby. — Syndrome vaso-moteur de la face (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1929).

La présence d'un corps étranger au sein des tissus peut réaliser un véritable syndrome

d'excitation nerveuse des fibres sensitives des nerfs périphériques et des fibres sympathiques vaso-motrices et sécrétoires.

Les 2 systèmes sympathique et para-sympathique s'unissent pour donner des phénomènes connexes et en apparence contradictoires.

Ces faits sont à rapprocher des symptômes du même ordre décrits par Babinski et Froment au niveau des membres sous le nom de troubles physiopathiques.

Le corps étranger joue là le rôle d'un véritable ganglion, source de réflexes se déclanchant sous l'influence irritative des fibres lésées par le tissu cicatriciel.

OREILLE-GÉNÉRALITÉS

Friedlander et Sommer. — Traitement des bruits subjectifs de la ménopause (Monatsch. f. Ohrenheilk. t., LXIII, n° 10).

C'est pour réagir contre le réflexe qu'ont encore quelques otologistes qui prennent de suite la poire de Politzer quand leurs malades se plaignent de bourdonnements, que nous leur communiquons la façon de faire de ces auteurs qui, évidemment, n'ont rien inventé de nouveau. Quand les femmes susceptibles d'être dans la ménopause se plaignent de bourdonnements, de sifflements, de vertiges et qu'il n'existe pas une raison majeure de soigner le nez ou l'oreille, ils font subir à leurs malades une cure par les extraits glandulaires. En dehors de cette organothérapie, ils leur conseillent de se mettre dans un bain à 27° Réaumur et de la faire refroidir jusqu'à 24° pendant que la malade est dans le bain. Un tel bain dure 10 minutes. Ensuite léger massage. La malade prend le bain tous les deux jours. Le jour intérimaire la malade est enveloppée dans un linge mouillé. La technique est la suivante. Sur deux couvertures de laines étalées sur le lit on met un drap sec et par-dessus un drap mouillé. La malade se couche et est rapidement enveloppée. La malade reste une heure. S'il existe en même temps de l'insomnie, les auteurs ajoutent un peu de bromure et de codéine. Déjà après 3 jours le soulagement est manifeste. Les meilleurs cas sont ceux où il n'existe pas de troubles du rameau cochléaire. Ces cas-là guérissent complètement. Chez les autres on obtient une amélioration des symptômes subjectifs et aussi une amélioration de l'audition. A ce qu'il paraît le professeur Alexander emploie avec succès cette méthode.

Kalinin et Meerowitsch. — Le traitement des suppurations de l'oreille et du sinus maxillaire par le bacille bulgare (Monatsch. f. Ohrenheilk., t. LXIII, n° 4).

On se rappelle l'enthousiasme de Metchnikoff pour le bacille bulgare. Si la longévité de l'homme ne doit rien à ce bacille, il nous est au moins resté un produit diététique, le Yoghourt. On a essayé depuis quelques années de profiter du bacille bulgare comme agent bactéricide. Nos auteurs prétendent qu'on peut le considérer comme agent bactéricide et désodorisant, d'une activité plus grande que celle exercée par l'iodoforme et le formal. Ils ont trouvé que l'action n'est pas due à l'acide lactique mais bien à des produits spéciaux sécrétés par le bacille. En conséquence, l'acidité d'une préparation n'est pas un indicateur suffisant de son activité. Pour obtenir des résultats il faut avoir soin d'employer des germes actifs dont on doit connaître les qualités. Le résultat dépend aussi de la technique. Il ne faut pas se servir d'un tampon de coton, mais à sa place prendre une pipette. Inutile de

dire qu'avant l'instillation de l'émulsion bactérienne on aura nettoyé la cavité suppurante avec de l'eau légèrement salée. Les cas d'otite aiguë se prêtent aussi bien que les cas chroniques. Dans les cas chroniques on peut obtenir de beaux résultats, même dans des cas où la suppuration a atteint l'os. Les auteurs insistent sur le soin qu'il faut prendre dans la préparation de ces bactéries qui se développent le mieux dans le lait.

LAUTMAN.

Wodak. — 4 années de cure arsenicale de la surdité (*Monatsch. f. Ohrenh.*, t. LXIII, n° 4).

Quoique Wodak ait publié plusieurs fois sur ce même sujet, nous ne croyons pas que le traitement arsenical de la surdité de toute nature résistant aux autres traitements ait trouvé beaucoup d'écho en France. Mais dans d'autres pays les résultats de Wodak ont été contrôlés. Ceux qui ont infirmé les résultats obtenus par Wodak ont d'après lui commis une erreur de technique. Il faut strictement se conformer aux règles suivantes. L'arsenic est ordonné sous forme d'arséniate de soude en pilules de 5 milligrammes. On donne le soir une pilule après le dîner. Le lendemain une pilule après le déjeuner et une autre après le dîner. Le troisième jour 3 pilules. Vers la fin, on diminue graduellement. On prescrit 40 pilules pour une cure. Exceptionnellement, quand il s'agit de cas très graves, on prescrit 4 pilules par jour et on fait prendre 60 pilules pour une cure. Il faut prévenir le malade qu'il peut présenter quelques troubles gastro-intestinaux et lui ordonner d'interrompre immédiatement le traitement, d'attendre et de le reprendre de nouveau quand tous les troubles auront disparu. Si on voit que le malade ne supporte pas l'arsenic administré par os, il faut introduire le médicament par voie hypodermique en employant des ampoules contenant 2 milligrammes chacune et en allant lentement pour atteindre la dose de 20 milligrammes. Quoique la dose de 20 milligrammes d'arséniate de soude par jour puisse être considérée comme très forte, Wodak n'a jamais observé d'intoxication grave. Après la cure il faut attendre 4 mois au moins avant de reprendre une deuxième cure. Que voit-on après la première cure ? Si au moment où le malade se présente, et quelle que soit la nature de sa surdité (oreille moyenne, oreille interne, oto-sclérose), la voix de conversation est entendue au-dessus de 25 centimètres, il y a 65 % de chance que le malade entendra mieux après la cure qu'avant. Cette amélioration se manifestera souvent par un gain de 100 %, de 500 % et exceptionnellement le malade entendra dix fois mieux après qu'avant le traitement. Ainsi 88 cas atteints d'otosclérose ont donné un résultat négatif ou douteux dans 34 cas. Mais 21 ont entendu deux fois aussi bien après le traitement qu'avant ; 22, cinq fois aussi bien ; 9, dix fois aussi bien et 2 même plus de dix fois aussi bien. A peu près les mêmes résultats ont été obtenus dans les cas de surdité dus à une otite moyenne catarrhal. Prenons encore la surdité sénile qui est représentée par 11 cas avec 3 insuccès et 5 améliorations et 3 grandes améliorations.

Malheureusement cette amélioration ne persiste pas indéfiniment et après un certain temps le résultat commence à se perdre ; cependant pas complètement. On peut instituer une nouvelle cure avec le même résultat. Ainsi par des cures successives on est en état d'arrêter la perte, autrement irrémédiable, de l'audition.

LAUTMAN.

OREILLE MOYENNE

Salzberger. — L'aspergilliose comme cause d'otites en Palestine (Monats. f. Ohrenheilk., t. LXIII, n° 4.)

L'affection n'est pas rare chez nous non plus, quoique les ouvrages classiques la mentionnent peu ou la décrivent incomplètement. Quand on n'a pas vu cette affection, il y a grande chance qu'on fasse un faux diagnostic au premier examen ; ce qui du reste est arrivé à Salzberger lui-même qui, dans son premier cas, a cru avoir affaire à une diphtérie du conduit. C'est le laboratoire qui a rectifié le diagnostic. En effet quand on regarde un tel conduit, on le voit ou comme saupoudré de poudre légère, ou, ce qui est beaucoup plus fréquent, rempli de pseudo-membranes blanchâtres, d'une couleur sale grise ou verte. Les points noirs caractéristiques de l'*aspergillus niger* peuvent manquer au début, ils ne se forment que quand l'affection a duré un certain temps. Sous ce rapport on peut observer les cas les plus variés. Quelquefois l'otalgie est si violente que le malade se présente dès le début, un ou deux jours après avoir supporté des douleurs lancinantes. D'autres fois les malades supportent bien leurs douleurs mais consultent pour une sensation insupportable de plénitude dans l'oreille. Salzberger a même vu des malades qui portaient leur affection, malgré tous les traitements, depuis des années et désespéraient de guérir. Dans ces cas on croit avoir affaire à un vulgaire bouchon de cérumen qui, à l'examen microscopique se découvre comme culture pure d'*aspergillus*.

Le traitement est relativement simple. On nettoie par un siringage doux. On sèche et on fait une insufflation d'acide borique. Dès le lendemain les douleurs ont disparu. Le lendemain et le surlendemain on fait le même traitement et on se rend compte qu'il ne reste plus rien du champignon. À partir de ce jour-là le malade fait des bains d'oreille pendant 20 minutes avec de l'alcool boriqué. Ensuite le malade continue ses bains d'oreille une fois par semaine pendant plusieurs mois.

Cette affection frappe surtout les femmes habitant des appartements humides. Le champignon vit sur les murs, d'où pendant le nettoyage de l'appartement il peut infecter l'oreille. La plus grande fréquence de l'affection, au moins en Palestine, se voit en hiver.

LAUTMAN.

R. Rendu. — Cancer primitif de l'oreille moyenne (Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 13 novembre 1929).

Chez une femme qui présentait une masse bourgeonnante obstruant le fond du conduit auditif droit, la simple ablation au serre-nœud, par les soies naturelles, a suffi pour amener une guérison locale qui se maintient depuis 13 mois. Or l'examen histologique avait montré, à côté de lésions témoignant d'un processus inflammatoire ancien, de boyaux épithéliomateux avec mitoses anarchiques nettes ne permettant pas de douter de la nature maligne de la lésion.

Comme aucun traitement par les moyens physiques n'a été employé, et que, d'autre part, les tumeurs malignes de l'oreille moyenne ont une évolution rapide et un pronostic très sombre, il faut supposer que l'Auteur a eu l'heureuse fortune d'avoir été mis en présence de lésions d'extrême début.

R. BERTOIN.

Rebattu et Parthiot. — Epithélioma du conduit andutif externe. (Société de Médecine et Sciences Médicales de Lyon. Séance du 20 mars 1929).

Le malade dont il s'agit présentait des signes d'otite externe avec une petite ulcération siégeant sur la paroi inférieure du conduit membraneux et un envahissement néoplasique — vérifié par une biopsie — des ganglions préauriculaires, mastoïdiens, parotidiens postérieurs et sous-sterno-cléido-mastoïdien. On pratiqua un curage ganglionnaire aussi large que possible, suivi de thermo-cautérisation immédiate de la plaie et mise en place 6 jours plus tard de 2 tubes de radium laissés en place 48 heures.

Guéri son apparence maintenue au bout d'un an.

R. BERTOIN.

Trutnew et Wolfson. — Faut-il distinguer une forme spéciale de la mastoïdite due à la symbiose fuso-spirillaire de Vincent ? (Monatsch. f. Ohrenheilk., t. LXIII n° 5).

S'il ne s'agissait que d'une différenciation d'ordre bactériologique on pourrait peut-être répondre par la négative. Mais si les caractères cliniques attribués par nos auteurs à cette forme de la mastoïdite sont confirmés par d'autres observateurs, il est indéniable que nos auteurs ont trouvé dans le claim aurifère de la mastoïdite un filon qu'il faudra suivre. Voyons d'abord quelques observations. Une jeune femme de 17 ans est atteinte d'otorrhée de l'oreille droite depuis 1920, se manifestant par une abondance de la sécrétion, interrompue de temps en temps par un arrêt complet. Elle est opérée pour la première fois en 1926. Depuis elle a été réopérée 4 fois. A la dernière opération faite par les auteurs on est frappé par l'odeur nauséabonde de la sécrétion et par l'existence d'une quantité de petits foyers recouverts de membranes qu'on prend pour des masses cholestéatomateuses. L'examen bactériologique montre l'existence de spirilles et de bacilles fusiformes. Après deux mois de soins consécutifs, la malade disparaît non guérie.

Une paysanne de 20 ans a été antrotomisée 5 ans auparavant. Depuis, la sécrétion de l'oreille n'a pas cessé. A l'examen des polypes dans le conduit, sensibilité de la mastoïde, sécrétion fétide. A l'opération l'ancienne brèche trouvée remplie de granulations. Le pus contient des spirilles et des bacilles fusiformes. La plaie opératoire n'a aucune tendance à la guérison. Le traitement par le néo-salvarsan ayant échoué dans d'autres cas analogues, n'est même pas essayé. Seule une combinaison d'eau oxygénée avec du permanganate de potasse, meilleur procédé pour combattre les anaérobies, est essayé. La malade quitte le service non guérie.

Un paysan de 20 ans a été opéré à l'âge de 12 ans. L'otorrhée continue néanmoins. Il se présente avec une fistule dans la région mastoïdienne et une sécrétion auriculaire d'une couleur rosée, d'odeur absolument repoussante. Le conduit est rempli de granulations. Sensibilité de l'apophyse mastoïde. En raison des anamnésiques et des symptômes cliniques, on fit de suite le diagnostic de mastoïdite Plaut-Vincent, confirmé par l'examen bactériologique. Découragé par le résultat opératoire on propose au malade un traitement conservateur qu'il repousse.

Un bébé de 1 an fait une perforation spontanée d'une mastoïdite. Depuis, sécrétion continue. L'enfant, vu à l'âge de 2 ans, présente une fistule derrière le pavillon. Par cette fistule et le conduit, sécrétion fétide, Antrotomie, spirilles et bacilles fusiformes dans le pus. La plaie opératoire ne guérit pas.

D'après 12 observations les auteurs caractérisent cette mastoïdite de la façon suivante. Le début de l'otite est toujours lent. Une fois établie l'otite n'a aucune tendance à la guéri-

raison. L'organisme ne réagit pas d'une façon violente à l'infection, de sorte que l'état général reste relativement bon. L'otorrhée est abondante, d'une couleur jaune brunâtre, quelquefois sanguinolente. L'odeur est repoussante et excessivement intense. S'il y a fistule de l'apophyse mastoïde ou spontanée ou opératoire elle persiste généralement et sécrète comme l'otite. Une sensibilité de la région mastoïdienne est souvent accusée. L'audition est toujours très abaissée du côté malade. Après nettoyage on trouve des polypes qui remplissent parfois tout le conduit. Les parois du conduit sont infiltrées. Dans la sécrétion on trouve dans tous les cas la symbiose si caractéristique de Vincent. Il est à remarquer tout particulièrement que spirilles et bacilles ne se trouvent ni dans le nez ni dans le pharynx des malades. A l'opération on trouve l'os carié. Par endroits il y a des séquestres, dure-mère et sinus sont souvent dénudés. Le traitement post-opératoire de ces cas est toujours très difficile. La plaie n'a aucune tendance spontanée à la guérison et la sécrétion reste fétide. Il se forme dans la brèche des pseudo-membranes. Il ne faut jamais fermer la plaie mastoïdienne. Le traitement par le néo salvarsan s'est montré peu actif.

LAUTMAN.

Urbantschitsch. — Mastoïdite aiguë et génie épidémique (Monatsch., f. Ohrenheilk., t. LXIII, n^{os} 8 et 9).

C'est un travail de Barwich, du service de O. Mayer (analysé dans les *Annales*) qui a incité Urbantschitsch à examiner sous le même point de vue que Barwich les 637 antrotomies simples exécutées par lui dans les dernières 15 années. Nous sommes très contents de lire sous la plume de Urbantschitsch que des grandes statistiques ne prouvent rien, aussi bien que soit examiné le matériel qui a servi à la confection de ces statistiques. Il y a bien des indications plus ou moins générales qui interviennent dans les opérations, mais les conditions de lieu et du milieu et surtout la personnalité du chirurgien interviennent pour beaucoup. Ceci donné voyons quelques détails. Urbantschitsch a eu le plus grand pourcentage d'opérés chez les enfants jusqu'à l'âge de 2 ans, et encore jusqu'à l'âge de 1 an le pourcentage est peut-être encore plus grand. Disons de suite que le service de Urbantschitsch se trouve dans un hôpital général et pas du tout dans un hôpital pour enfants. Naturellement au point de vue étiologique les maladies infectieuses jouent un grand rôle, mais le croirait-on, c'est la scarlatine qui occupe le premier rang même avant la rougeole, et la grippe, cette pourvoyeuse de sinusite, n'arrive qu'en troisième lieu. Non moins intéressant est de savoir que Urbantschitsch a opéré le plus souvent dans la deuxième semaine de l'otite et presque aussi souvent dans la première semaine. Ceci est vraiment ce que l'on peut appeler une intervention précoce. Généralement on attend la fin de la troisième semaine. Malgré toutes les critiques qu'on a faites au terme de mastoïdisme d'Alexander, il est certain que si l'on sait résister à la première grande tempête, on voit souvent les choses s'arranger d'elles-mêmes. En tous cas les interventions précoces exposent assez souvent à des réinterventions. Le bilan de ces 637 opérations sur la mastoïde a donné 31 cas de mort. C'est en somme à première vue un résultat un peu terne et à peu près comparable à ce qu'on voit dans l'opération de l'appendicite à chaud. Quoique de toutes les complications endocrâniennes la thrombose du sinus soit la plus fréquente, la mortalité naturellement est la plus grande par méningite.

LAUTMAN.

OREILLE INTERNE

Giese Albrecht. — Observation d'un cas de maladie de Ménière, sans participation cochléaire (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XIX, p. 136-140, 1930).

L'auteur insiste sur le fait que ne doivent être considérés comme maladie de Ménière que les cas où aucune maladie caractérisée, ni générale ni locale, ne peut expliquer les crises vertigineuses.

Un jeune homme de 18 ans est pris sans cause apparente d'une crise de bourdonnements d'oreille de 6 minutes de durée, suivie le lendemain d'une nouvelle crise de 10 minutes. Le soir du même jour, violente crise vertigineuse. Le vertige est rotatoire et s'accompagne de tendance à la chute du côté droit et de nystagmus. On ne trouve aucun symptôme ni d'ordre neurologique ni d'ordre général. La capillaroscopie et l'épreuve nà l'adrénaline de Muck sont normales. La papille est un peu plus congestionnée à gauche qu'à droite. L'audition est rigoureusement mnormale. L'épreuve calorique montre une réaction un peu plus accentuée, du côté gauche. Le vertige continue à être très violent, nécessitant strictement la position horizontale. Après 4 jours, l'état s'améliore au point que le malade peut s'asseoir dans son lit et même se tenir debout sans avoir de vertige.

Quand la tête est en position normale, la fermeture des yeux ne provoque qu'une légère instabilité. L'inclinaison sur l'épaule gauche provoque au contraire immédiatement un vertige violent avec chute vers la gauche. Tous les symptômes diminuent progressivement et complètement.

Il s'agit donc d'un cas de « maladie de Ménière » qui, du côté de la branche cochléaire n'a présenté comme symptôme que des bourdonnements, interprétés par G. comme étant d'origine « collatérale ». Il n'y a eu à aucun moment de diminution de l'audition.

A. KLOTZ.

J. Rebattu. — Le vertige de Ménière et son traitement (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1929).

Le vertige décrit par Ménière est un vertige violent, avec chute, sans perte de connaissance, précédé d'un bruit subjectif intense, et laissant après lui une surdité irrémédiable.

À côté de cette forme aiguë paroxystique, il existe des formes atténuées, des formes frustes et des formes chroniques entrecoupées d'épisodes aigus, et la forme si particulière du « vertige qui fait entendre », décrite par Lermoyez.

Le vertige de Ménière peut être réalisé par une hémorragie labyrinthique, par un trouble fonctionnel ischémique ou vasodilatateur (par dystonie végétative, ou par une hypertension du liquide endolymphatique).

La syphilis (acquise ou hérédosyphilis), semble être souvent à l'origine du vertige de Ménière.

Au traitement classique (quinine, pilocarpine, etc.), on tend à substituer les médicaments à action vasomotrice, notamment l'adrénaline. Mais le traitement spécifique devra être institué d'une façon presque systématique ; il donnera souvent d'excellents résultats, plus en ce qui concerne les vertiges qu'en ce qui concerne la surdité.

Ce n'est que dans les cas rebelles que l'on pourra être autorisé à recourir à la ponction lombaire, et aux différentes interventions chirurgicales (trépanation décompressive, ouverture du sac endolymphatique, ouverture du labyrinthe, etc.).

Grahe Karl. — Affections angioneurotiques de l'appareil cochléo-vestibulaire (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XIX, p. 95-132, 1930).

Sous ce titre, G. réunit dans un rapport très complet, comportant une riche bibliographie, les syndromes qui peuvent être mis sur le compte d'une affection angioneurotique de l'oreille interne, de la huitième paire et des centres cochléo-vestibulaires.

Prenant le terme d'« affections angioneurotiques » dans un sens très large, il cite dans ce rapport des faits extrêmement disparates, d'étiologie très variée, dans lesquels le facteur vasomoteur intervient à un titre quelconque. Le résultat de cette perturbation vasomotrice est, suivant les cas, un trouble circulatoire passager, ou au contraire une lésion anatomique plus ou moins définitive.

G. étudie pour commencer, la vascularisation de l'appareil cochléo-vestibulaire, périphérique et central. Les artères appartiennent à la catégorie des artères terminales ; elles prennent leur origine dans l'artère auditive interne (artère cochléaire, vestibulaire, vestibulo-cochléaire) et dans une branche de la stylo-mastoïdienne qui traverse la fenêtre ronde. Les principales veines sont la veine du canal cochléaire, la veine de la lame spirale et la veine de l'aqueduc du vestibule. L'innervation végétative est fournie par le sympathique, le parasympathique, plus un système autonome (enteric-system de Langley, système juxta et intramural de Muller). D'une façon générale, les fibres sympathiques sont vasoconstrictrices, les parasympathiques vasodilatatrices ; mais d'après les recherches récentes, cette opposition n'est pas valable d'une façon absolue.

Etant donné la situation profonde de l'oreille interne les troubles angioneurotiques ne peuvent faire l'objet d'aucune constatation directe ; histologiquement, on a constaté de temps en temps des hémorragies. Chez l'homme, on ne peut donc constater que des symptômes fonctionnels, et c'est de ce que nous savons sur d'autres régions du corps et d'expériences sur l'animal qu'il faut déduire les altérations pathologiques et leurs conséquences.

Du point de vue anatomo-pathologique, il peut y avoir hyperémie artérielle, hyperémie veineuse, stase, hémorragie et anémie. L'hyperémie artérielle peut être d'origine centrale ou réflexe ; l'action réflexe peut avoir comme point de départ une action mécanique, thermique ou chimique sur un nerf sensitif, ou être produite par une intervention sur le sympathique. L'hyperémie veineuse se produit à la suite d'un obstacle au libre écoulement, du sang, ou à la suite d'hypertension crânienne. La stase, caractérisée par l'agglomération des globules rouges en une masse homogène, est le stade avancé de l'hyperémie veineuse. L'hémorragie est également une suite de l'hyperémie, lorsque celle-ci est encore plus accentuée. Elle ne se produit en général que lorsqu'il y a une altération de la paroi vasculaire à la suite d'affections générales (leucémie, néphrite, artério-sclérose). L'anémie est l'état le plus fréquent. Elle ne se produit que rarement à la suite d'une excitation directe (par exemple des traumatismes), mais généralement par voie réflexe. Des excitations psychiques, acoustiques, thermiques, mécaniques, peuvent en être le point de départ. Un tissu normal se remet toujours après oblitération fonctionnelle d'un vaisseau, sauf lorsque les tissus ont déjà été altérés.

Dans la partie clinique, G. énumère les faits observés, qui peuvent être interprétés comme résultant d'un mécanisme vasomoteur.

Les expériences sur l'animal concernant l'influence du sympathique cervical ont donné des résultats différents suivant les auteurs. En clinique, on a observé des modifications cochléo-vestibulaires, après intervention chirurgicale sur le sympathique cervical ou au cours du syndrome de Claude-Bernard-Horner. Mais ces modifications ne sont pas uniformes et ne semblent obéir à aucune règle. G. cite ici la paralysie acoustique angioneu-

rotique de Politzer (pâleur subite, nausées, vertiges et bourdonnement), qui disparaît par électrisation du sympathique cervical. Il veut également ranger parmi les syndromes vasomoteurs le vertige « astomacho leso » ; il a pu observer personnellement des troubles labyrinthiques caractérisés au cours d'affections gastro-intestinales organiques ou fonctionnelles. Chez des sujets à oreilles saines, on observe un bourdonnement survenant subitement et durant plusieurs secondes, qui relève sans doute du même mécanisme. A la longue, il peut y avoir une diminution de l'acuité auditive chez ces sujets.

Dans certaines conditions, en particulier lorsqu'il y a fistule labyrinthique, la stase veineuse au niveau du crâne provoque des troubles labyrinthiques.

L'hypertension artérielle peut provoquer des troubles vestibulaires (différences d'excitabilité) et des troubles cochléaires (bourdonnements, hypoacousie, diminution de la perception osseuse, rétrécissement du champ auditif). La frayeur et en général les excitations psychiques violentes provoquent dans l'oreille interne des spasmes, causes d'hypoacousies subites qui peuvent devenir permanentes si l'oreille a déjà été lésée auparavant. Voss cite deux cas d'enfants hérédosyphilitiques frappés de surdité définitive à la suite d'une frayeur.

G. passe ensuite aux altérations labyrinthiques consécutives à des excitations des nerfs sensitifs. Il n'est pas prouvé que les troubles de l'indication en rapport avec des mouvements oculaires appartiennent au cadre des troubles angioneurotiques. La localisation des sons est influencée par des mouvements oculaires. Dans le domaine du trijumeau, on connaît des troubles auditifs en rapport avec des irritations au niveau de la muqueuse nasale et des dents ; il pourrait cependant s'agir là d'une influence sur le muscle de l'étrier. On a fréquemment observé des troubles vestibulaires en rapport avec le nez (attouchements, action thermique, fumée de tabac, disparition de nystagmus après cocaïnisation), la région auriculaire (affections diverses du conduit auditif, compression du tragus, applications de diapasons sur la région mastoïdienne, applications chaudes ou froides sur la région cervicale). Tous ces cas ont été réunis par Borries sous la dénomination de nystagmus réflexe. Ces manifestations labyrinthiques à point de départ du trijumeau sont très variables et ne concordent pas d'un cas à l'autre ; cela peut s'expliquer très bien par des différences dans l'intensité de l'excitation, dans l'endroit où a lieu l'action excitante, dans l'état du labyrinthe, etc. Toutes les réactions vestibulaires peuvent également se voir chez des sujets à labyrinthe mort, avec la différence principale qu'on ne peut pas voir le nystagmus changer de direction quand change la position de la tête, ou suivant que l'épreuve calorique est pratiquée à l'eau chaude ou froide. L'absence de cette impossibilité de faire changer le nystagmus de direction s'observe également lors des excitations triéminales, et c'est pour Grahe une preuve que dans les deux cas l'excitation se transmet par l'intermédiaire des vaisseaux.

L'auteur rapporte ensuite deux cas de paralysie faciale avec troubles vestibulaires, pour les quels il soulève l'hypothèse d'un mécanisme vasomoteur, sans l'affirmer (bourdonnements, déviation de l'index, nystagmus expérimental variable ; dans les deux cas, sécrétions dans la fosse nasale correspondante).

Les excitations acoustiques peuvent provoquer des réactions vestibulaires (vertige, nystagmus, déviations). Là encore, ainsi que dans les troubles de la localisation des sons observés à la suite d'excitations vestibulaires diverses, G. pense pouvoir incriminer un mécanisme angioneurotique. Il lui paraît probable qu'il en est de même dans certains cas d'assourdissement subit à la suite d'une grosse excitation acoustique. Ces surdités guérissent quelquefois instantanément par des manœuvres psycho-thérapeutiques ; elles s'accompagnent souvent de troubles de la sensibilité au niveau de l'oreille externe.

En somme, n'importe quelle région du corps peut influencer, tant le labyrinthe antérieur que le labyrinthe postérieur ; il faut citer là des déviations de l'index consécutives

à des excitations cutanées, des contractions musculaires, des atténuations de bourdonnements par des excitations cutanées. D'autre part, on sait qu'on peut rencontrer des troubles cochléaires et vestibulaires multiples au cours de toutes les névroses.

Des processus pathologiques au voisinage de l'oreille peuvent agir sur le labyrinthe par voie angioneurotique : commotion cérébrale, inflammations de l'oreille moyenne et du cerveau, syndrome d'hypertension dans la fosse postérieure (Barany).

Enfin, G. fait observer l'influence des diverses maladies générales (artériosclérose, hypercholestérolémie, syphilis, affections des glandes endocrines), et surtout des affections générales angioneurotiques (migraine, épilepsie, œdème de Quincke).

Parmi les agents médicamenteux, on a étudié l'action sur l'oreille du nitrite d'amyle (troubles cochléo-vestibulaires variés, sans influence sur les épreuves instrumentales), de l'adrénaline, de la pilocarpine, de l'atropine (vertiges et nystagmus dans des cas particuliers). Dans l'action de ces différents agents, il faut faire intervenir en partie un mécanisme central (Magnus et ses élèves).

La caractéristique principale des affections angioneurotiques est constituée par le fait qu'elles se manifestent par des crises et par les variations que subissent les symptômes spontanés et expérimentaux. La conception de G., qui considère que l'atteinte angioneurotique peut se présenter sous forme d'œdème ou d'hémorragie, permet d'identifier comme telle ce qu'on désigne couramment sous le nom de vertige de Ménière. G. considère ce syndrome comme une crise angioneurotique du territoire de la huitième paire, y compris les centres. De même, il a tendance à interpréter le nystagmus de position comme relevant d'un mécanisme angioneurotique.

Le *diagnostic* d'un trouble vasomoteur du labyrinthe doit être basé sur la notion de l'évolution par crises, les variations dans les symptômes lors d'examen successifs, et tout particulièrement la constatation de symptômes neurotiques dans l'organisme en général. G. énumère comme pouvant servir à ce but : l'anamnèse, l'épreuve de Muck (exploration au stylet après adrénalisation des fosses nasales, « Adrenalinsondenversuch » troubles vasomoteurs au niveau du nez, du larynx, etc., dermatographisme, capillaroscopie, examen chimique du sang, épreuves fonctionnelles avec adrénaline, atropine, pilocarpine, réflexe oculo-cardiaque et épreuves voisines. En général, la névrose d'un organe n'est que la manifestation d'une « diathèse angiospastique » générale (Wieting).

Le *traitement* dépendra dans une large mesure des résultats de l'examen. Lorsqu'il s'agit d'un sujet normal, chez lequel le trouble angioneurotique n'est que la conséquence de l'intervention d'un facteur extérieur (frayeur, détonation, etc.), le repos, combiné, à la psychothérapie et l'élimination des facteurs nocifs suffiront à amener la guérison.

Lorsqu'au contraire le trouble local n'est que la conséquence d'une affection générale c'est celle-ci qu'il faudra combattre. Comme agents physiques, on utilisera l'hydrothérapie sous ses diverses formes, la galvanisation légère. Comme agents chimiques, on a utilisé, en dehors des antinervins, surtout les différents agents ayant une action sur le système nerveux végétatif (les résultats des épreuves fonctionnelles pourront dans une certaine mesure guider le traitement). Il faut citer l'adrénaline, l'éphédrine, l'atropine (3 fois par jour 1/2 mg.), la papavérine, le nitrite d'amyle, la caféine, la strychnine, la pilocarpine (3 fois par jour, de 1/2 à 1 milligramme), le calcium (10 % intraveineux), la quinine à petites doses (1^{er} jour, 0 gr. 10, 2^e jour, 2 fois 0 gr. 10, du 3^e au 5^e jour, 3 fois 0 gr. 10, du 6^e au 8^e jour, 3 fois 0 gr. 20, du 9^e au 11^e jour, 4 fois 0 gr. 20, 3 jours de repos ; Curschmann). Il est important de penser à des troubles réflexes dont le point de départ peut être à distance (vers intestinaux, anomalies nasales par exemple). Le traitement de ces causes pourra amener la guérison. Dans des cas graves et rebelles, on pourra enfin penser à la sympathectomie périartérielle, quoique les publications à ce sujet ne permettent pas encore un jugement définitif sur sa valeur pratique. A. KLOTZ.

ENDOCRANE**J. Rollet et Parthiot. — Paralysies multiples des nerfs crâniens d'origine traumatique (Société d'Ophthalmologie de Lyon. Séance du 21 mai 1929).**

Une femme de 46 ans reçoit un choc violent sur la région pariéto-occipitale gauche ; perte de connaissance immédiate ; hémorragie par le nez, la bouche et les oreilles : présence de sang dans le liquide céphalo-rachidien.

Progressivement apparurent des paralysies du trijumeau sensitif et moteur, du moteur oculaire externe et du facial (type périphérique).

Il est vraisemblable — en l'absence de renseignements nets donnés par la radio — qu'une fracture intéressait la pointe du rocher (VI et V) et que le trait, en dehors, devait passer relativement en avant pour n'avoir pas intéressé le VIII, mais seulement le VII.

R. BERTOIN.

Bonnet de M. Planchu. — Méningite otitique terminale et abcès superficiel du cervelet, secondaires à une thrombo-phlébite latente du sinus latéral (Lyon Chirurgical, 1929, p. 433).

Le malade dont il s'agit était porteur d'une otorrhée chronique et présentait uniquement des symptômes méningés ; il menait jusqu'alors une vie tout à fait normale sans rien qui put faire soupçonner une thrombose du sinus latéral qui fut une surprise opératoire ni l'existence d'une suppuration péri-cérébelleuse, au contact du sinus, qui fut une trouvaille d'autopsie.

La gangrène du sinus latéral se trouva le seul intermédiaire entre la lésion de l'antre et la suppuration cérébelleuse, cause de la méningite terminale.

R. BERTOIN.

Sargnon. — Abcès cérébral otitique du lobe temporal consécutif à un cholestéatome. Guérison (Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 21 novembre 1928).

Il s'agit d'une malade porteuse d'une otite moyenne syuppurée chronique qui présentait sous une plaque de pachyméningite fongueuse hémorragique un abcès cérébral du volume d'un dé à coudre, situé à 25 millimètres de profondeur. Drainage par un petit drain augmenté chaque jour. Guérison.

L'A insiste sur les avantages du procédé de Lemaître qui évite l'incision des méninges et sur l'intérêt qu'il y a à maintenir un drainage prolongé jusqu'à ce que la cavité soit bien comblée.

R. BERTOIN.

Genet. J. Rollet et Parthiot. — Paralysies du moteur oculaire commun au cours d'une sinusite postérieure (Société d'ophtalmologie de Lyon. Séance de 9 avril 1929).

Complication exceptionnelle, pouvant atteindre la III^e paire en partie ou en totalité ; sa durée est variable : elle peut disparaître en quelques jours ou persister plusieurs années.

Il est vraisemblable que le nerf est lésé au sommet de l'orbite, ou vient au contact de la paroi externe du sphénoïde ; cette atteinte est favorisée si on a affaire à de grands sinus à parois osseuses minces, papyracées, parfois même déhiscentes.

R. BERTOIN.

H. Aloin. — Considérations sur l'évolution clinique et le traitement des abcès du cerveau et de cervelet (forme encéphalitique). *Lyon Chirurgical*, 1929, p. 503).

Au point de vue *clinique*, la fièvre dépend souvent du réchauffement de la lésion osseuse initiale ou de l'envahissement des méninges ; plus importants sont la discordance du pouls et de la température et l'amaigrissement massif, brutal (véritable trouble trophique indiquant une atteinte sérieuse des centres organiques). Les signes d'hypertension crânienne sont instables et fugaces ; les troubles psychiques (torpeur) accompagnent presque toujours la céphalée. Bien rares et surtout bien tardifs sont les signes de localisation (aphasie, troubles cérébelleux) et il faut se souvenir de l'existence de méningites localisées qui en imposent en tous points pour des collections encéphaliques.

Au point de vue du *traitement*, l'A. conseille de partir de la lésion osseuse et de cheminer progressivement jusqu'à l'abcès cérébral, 3 indications sont à remplir :

1^o Traiter la lésion causale ; découvrir en même temps la dure-mère par une large craniectomie étendue au niveau de la fosse cérébelleuse ou de la fosse temporale (otite) ou du niveau de l'os frontal (sinusite) ;

2^o Rechercher l'abcès, l'ouvrir et le drainer par une deuxième intervention, en fonctionnant avec un petit trocart et plaçant un petit drain. La craniectomie doit avoir au moins 6 x 6 centimètres. Le lendemain, la matière cérébrale bombe dans la plaie ; on agrandit progressivement l'incision méningée pour laisser se produire l'issue du fongus cérébrale qui, au 8^e jour, peut atteindre le volume d'une orange. Dès le premier pansement, quand la hernie cérébrale s'amorce, l'A. supprime le drain qui est inutile, car la cavité de l'abcès entraîné au dehors n'existe plus.

3^o Maintenir un drainage efficace ; dans les formes qui n'ont pas de tendance à la limitation (véritable « encéphalite en marche ») la seule méthode rationnelle est la large craniectomie ; la question de drainage de l'abcès du cerveau ne peut être résolue que par l'extériorisation de la masse cérébrale malade ; c'est elle dont le drainage est important et non pas celui de la cavité abcédée qui s'extériorise, s'étale en surface pour disparaître. La hernie cérébrale apparaît en somme « comme un heureux processus de défense ».

R. BERTOIN.

Aloin. — Méningite à lymphocytes d'origine otique (*Société de Médecine, et des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 13 mars 1929*).

L'A. présente une enfant qui, à la suite d'une otite torpide, a fait une double mastoïdite trainante qui fut opérée et se compliqua 10 jours après d'un syndrome méningé avec lymphocytes. L'inoculation du cobaye a été négative. Il convient d'insister sur ce fait que la présence des lymphocytes dans le L. C. R. ne signifie rien de plus que « processus inflammatoire chronique » et que la tuberculose ou la syphilis ne doivent pas être incriminées dans beaucoup de ces cas.

R. BERTOIN.

NEZ. — OZÈNE

Bertein. — Amblyopie et intervention endonasale (*Société d'ophtalmologie, de Lyon. Séance du 11 juin 1929*).

Un jeune homme de 20 ans présentait depuis un mois de l'amblyopie bilatérale (pas de

scotome central ; papilles un peu congestives à bords un peu flous). Après échec du traitement spécifique, l'A pratiqua une résection sous-muqueuse de la cloison nasale et la section avec arrachement de la queue du cornet moyen gauche. L'amélioration fut presque immédiate et la vision redevint normale en 15 jours.

Il est bien vraisemblable qu'il n'existait ni sinusite postérieure, ni névrite de la II^e paires mais qu'il s'agissait de troubles vaso-moteurs du nerf au sein des régions profondes de la face parcourues par le nerf trigémino-sympathique. L'intervention, agissant par dérivation sanguine, modifie la nutrition compromise du nerf.

R. BERTOIN.

Oskar Hirsch. — Polypes et ozène (Monatsch. f. Ohrenheilk., t. LXIII, n° 6).

Cette combinaison de polypes et d'ozène, c'est-à-dire la coexistence d'une hypertrophie localisée de la pituitaire atteinte d'une maladie caractérisée par l'atrophie, quoique étonnante, n'est pas exceptionnelle. Un cas observé par Hirsch lui donne occasion de revenir sur sa théorie de la genèse des polypes que nous résumons parce que elle nous semble avoir été quelque peu modifiée par lui. Les manuels classiques enseignent que les polypes seraient dus à l'irritation qu'exerce la sécrétion purulente d'une sinusite sur la muqueuse. De ces sinusites la plus fréquente serait l'ethmoïdite. Aussi le lieu de naissance le plus fréquent des polypes serait le méat moyen, là où se déverse la sécrétion ethmoïdale. Déjà Uffenorde a prouvé que ce n'est pas la suppuration, qui donne lieu à la naissance des polypes mais bien plutôt l'inflammation catarrhale de la muqueuse sinusale. Hirsch modifie la théorie régnante, surtout qu'il met le siège de la genèse des polypes dans l'intérieur du sinus. C'est un catarrhe simple de la muqueuse sinusale qui fait que la muqueuse gonflée se hernie à travers l'ostium du sinus, et ensuite, d'après la loi de la pesanteur, sous la double action de la congestion et de l'inflammation, transforme cette muqueuse herniée en polype. Il y a donc à la base de chaque polype, sinusite et non pas suppuration de la muqueuse sinusale. Ceci explique aussi comment des polypes peuvent sans aucun autre traitement disparaître, et, ce qui est plus fréquent, comment chaque poussée de sinusite catarrhale augmente les polypes. Enfin ce n'est pas l'inflammation catarrhale du sinus ethmoïdal, mais bien celle du sinus maxillaire qui est la cause de la polypose récidivante.

LAUTMAN.

Meyer Max. — Résultats éloignés d'opérations pour ozène (Zeitschrift für Laryngol., vol. XIX, p. 178-184, 1930).

Dans cet article fort intéressant, Meyer communique les résultats éloignés des opérations pratiquées à la clinique de Wurtzbourg pour ozène. En réexaminant ses opérés, l'auteur, contrairement à ce qu'il attendait lui-même, a dû se rendre compte qu'aucun d'eux n'était guéri. Sur les 19 malades examinés, 5 seulement accusent des améliorations subjectives, que Meyer veut plutôt attribuer aux soins d'hygiène que prennent ces malades qu'à l'opération. En tout cas, aucun ne peut rester sans faire de lavages.

Meyer a employé 7 fois la technique de Lautenschlager (déplacement de la paroi latéro-nasale), 1 fois celle de Steiner (greffe osseuse sous la cloison), et 11 fois celle de Mannassé (greffe de copeaux osseux prélevés sur le tibia, par incision sous-labiale). Les améliorations immédiates qu'on obtient après ce genre d'interventions sont dues à l'irritation de la muqueuse consécutive à l'opération ; et à l'introduction des corps étrangers. Au fur et à mesure que la réaction inflammatoire se calme, l'amélioration disparaît.

M. signale que, chez 3 jeunes filles, il y avait une accentuation manifeste des symptômes au moment de la menstruation, au point que ni les lavages ni les tamponnements à la

vaseline ne faisaient disparaître l'odeur fétide. L'examen gynécologique permit de déceler chez ces jeunes filles une vaginite modérée et des troubles menstruels d'origine ovarienne. M. soulève à ce propos la question des rapports de l'ozène avec les organes génitaux, qui mériterait à son avis qu'on y s'intéresse d'une façon approfondie..

A. KLOTZ.

MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Chompret et Dechaume. — Syphilome diffus du maxillaire inférieur sans suppuration ni nécrose (*La Revue de Stomatologie*, 1930, février, p. 80-83)

Il s'agit d'un homme de 31 ans dont l'affection débute par des douleurs diffuses, intermittentes, dans le maxillaire inférieur, sans que les dents elles-mêmes soient sensibles. Aucune cause dentaire ne les explique.. On fait sans résultat de la diathermie. Puis apparaît une déformation, une tuméfaction de la partie moyenne de la branche horizontale, d'un côté. Il y a une légère adénopathie du même côté. Pas de trismus. On apprend alors que le malade est syphilitique et que le Wassermann est positif. La radiographie montre des zones de décalcification. Sous l'influence du traitement les signes régressent rapidement.

Ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est, d'après les auteurs, l'absence de nécrose. Il est, en effet, classique de voir évoluer le syphilome diffus du maxillaire inférieur sous une forme nécrosante. La pathogénie en est d'ailleurs discutée : la nécessité de l'infection n'est pas absolument démontrée.

CAUSSÉ.

L. Mocazr. — Une nouvelle méthode chirurgicale de traitement de la luxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire (*La Revue de Stomatologie*, mars 1930, p. 129-143).

La luxation habituelle de l'articulation temporo-maxillaire n'est pas une affection très rare, et l'auteur en rapporte un cas où il a pu mettre en jeu une méthode personnelle. Il s'agissait d'un jeune sujet, qui déjà pour cette affection avait été opéré suivant la méthode de Nieder. Le résultat avait été favorable, mais au bout de 6 mois la récurrence eut lieu : chaque fois que le malade ouvrait la bouche la luxation se reproduisait et elle était extrêmement douloureuse. Sous anesthésie locale on ouvre l'articulation temporo-maxillaire gauche, de façon à se rendre compte des conditions dans lesquelles se produit la luxation. On se rend compte que si on tire fortement en bas et en arrière sur le ménisque on rend la luxation impossible. Une suture rend définitive cette position. Et le patient demeure en effet guéri depuis 1 an 1/2. L'auteur étudie ensuite les divers traitements proposés contre cette affection. A côté des méthodes chirurgicales, auxquelles on reproche de provoquer souvent des abcès, il y a des méthodes non chirurgicales (injection au niveau de l'articulation d'alcool ou de teinture d'iode). L'auteur remarque que dans le cas rapporté par lui il a suffi d'intervenir sur un seul côté pour obtenir un résultat parfait.

CAUSSÉ.

PHARYNX. — AMYGDALES

Missionznik. — Contribution à l'étude de l'abcès rétro-pharyngé d'origine otogène (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, t. LXIII, n° 5).

A l'occasion d'un seul cas que nous résumerons plus loin, M. étudie les abcès migrateurs consécutifs à une otite suppurée. On les méconnaît encore assez souvent dans la pratique, sauf le plus connu de tous et qui cependant n'est pas un véritable abcès migrateur, la mastoïdite de Bezold. Mygind distingue les cinq formes suivantes : L'abcès dans la région carotidienne qui généralement est consécutif à une thrombo-phlébite du golfe de la veine jugulaire. C'est un abcès qui se caractérise par une tuméfaction douloureuse dans la région carotidienne du cou. Etant donné la cause (phlébite du golfe) l'état général est très mauvais. On ne saurait assigner une gravité particulière aux autres formes, comme par exemple l'abcès de la région sterno-cléido mastoïdienne très superficiel qui par sa situation même est vite reconnu. D'autres fois l'abcès se développe dans le muscle sterno-cléido mastoïdien même, comme il y en a aussi un qui se développe dans la profondeur de la région sterno-cléido mastoïdienne et qui tous les deux se reconnaissent par un torticolis et la tuméfaction de la région. Ces formes n'épuisent bien entendu pas toutes les manifestations des abcès migrateurs car à côté de la sortie autour du muscle sterno-cléido, il y a tout l'espace para-pharyngé et toute la région de la base du crâne jusqu'à la pointe du rocher où l'on peut rencontrer les abcès. On les méconnaît très facilement parce que subjectivement ils ne se manifestent pas beaucoup, sauf par une certaine raideur de la colonne cervicale. Mais au début après ouverture de la mastoïde le chirurgien n'attache pas trop d'importance à cette raideur et très probablement beaucoup de ces abcès sont méconnus parce qu'ils se résorbent. D'autres fois on vide une collection plus ou moins profondément située dans la nuque. Enfin il y en a aussi qui se manifestent sous forme d'un abcès rétro-pharyngé, comme par exemple le cas suivant.

Un menuisier de 32 ans fait une otite qui est paracatésee. Un mois après on est obligé d'ouvrir la mastoïde. Comme il se développe un état pyémique on intervient une deuxième fois 3 semaines plus tard par ouverture du sinus. Le lendemain le malade se plaint de maux de tête. On voit une tuméfaction de la paroi postérieure du pharynx. On attend deux jours quand brusquement la tuméfaction se rompt et donne issue à une grande quantité de pus. Cette suppuration dure encore 11 jours et cesse en même temps que la suppuration auriculaire.

LAUTMAN.

Carmack. — Contribution aux rapports de la carotide interne avec la chirurgie du pharynx (*Laryngoscope*, t. XXXIX, n° 11).

Les hémorragies catastrophiques après ablation des amygdales incitent périodiquement les auteurs à revenir sur cette question. Malheureusement une connaissance anatomique de la région, ne suffit pas pour mettre le chirurgien à l'abri d'un accident, car il y a à compter avec les anomalies de la carotide interne qu'on ne peut pas prévoir *a priori*. Carmack appelle surtout l'attention sur les carotides qui n'ont pas la forme allongée normale mais plutôt la forme tortueuse d'un S qui met l'artère en proximité dangereuse avec l'amygdale. Cependant si le chirurgien s'appliquait constamment à une inspection et à un palper méthodique de la région amygdalienne, il pourrait tout de même, dans quelques cas, en tenant compte d'une pulsation anormale dans la région, constater des anomalies avant

l'accident. Ces accidents se terminent presque toujours tragiquement. Il sera en conséquence toujours impossible de connaître exactement les cas malheureux. Ce n'ayant d'avoir connaissance de 5 cas mortels en l'espace de 2 ans, comme c'est le triste privilège de Carmack, est bien rare. Dans le premier cas, c'est l'anesthésiste qui a donné les renseignements incomplets suivants. Un chirurgien enlève sous anesthésie générale une amygdale chez un adulte. Il montre à l'anesthésiste une masse restée dans le fond de la loge qu'il croit être du tissu amygdalien. Il saisit la masse avec la pince et la coupe avec l'anse. Un flot de sang est la réponse. Comme on n'a pas fait d'autopsie il ne reste que l'opinion de l'anesthésiste qu'il s'était agi d'une carotide aberrante. Dans le deuxième cas, c'est encore un chirurgien général qui fait une tonsillectomie chez un enfant sous anesthésie générale. Ce chirurgien avait l'habitude de cette opération ainsi que l'atteste le médecin traitant, assistant à l'opération, qui a renseigné Carmack. Immédiatement après que la deuxième amygdale eut été énuclée, une hémorragie formidable s'ensuivit que le chirurgien n'a pu arrêter. Pas d'autopsie, mais Carmack ne croit pas qu'une autre hémorragie que carotidienne puisse, entre les mains d'un chirurgien tuer un enfant en moins de cinq minutes. Dans le troisième cas, c'est un médecin qui avait l'habitude d'enlever les amygdales chez ses petits malades et qui s'est trouvé, après amygdalectomie, devant une hémorragie qui continuait encore après l'opération. Une heure après l'opération, le médecin a été rappelé parce que l'enfant avait recommencé à saigner. Malheureusement l'hémorragie n'a pu être arrêtée et l'enfant est mort deux heures après l'opération. Dans le quatrième cas, les choses se sont passées à peu près de la même façon, à cette différence près que le médecin qui avait fait l'opération était tout à fait à ses débuts. Dans ces deux cas la cause réelle de l'hémorragie n'a pas été établie. Enfin ce n'est que le cinquième cas qui a évolué entre les mains des spécialistes. Un homme de 45 ans se présente chez un jeune oto-rhino-laryngologiste avec une tuméfaction considérée comme abcès de la paroi postérieure du pharynx ou de l'amygdale. Le spécialiste fait une incision derrière l'amygdale dans la paroi latérale du pharynx. Une forte hémorragie suit l'incision. Un rhino-laryngologiste très connu, demeurant dans la proximité, accourt à l'appel. Mais le malade meurt dans le cabinet du spécialiste 5 minutes après l'opération. Ce dernier cas rappelle à Carmack l'opinion de Wood, exprimée à l'occasion d'un cas personnel : Quand dans un cas où il existe une anomalie dans la position de la carotide, un chirurgien incise un abcès rétro-pharyngé ou un abcès péri-tonsillaire, il peut après avoir fait son devoir de donner issue au pus, se trouver dans la dure situation d'avoir à arrêter une hémorragie grave.

Il n'y a pas que par l'hémorragie que la carotide anormalement située peut devenir dangereuse. Carmack croit que de cette façon des cas de mort brusque après injection de cocaïne pour anesthésie locale dans l'amygdalectomie pourraient s'expliquer. Des expériences faites sur des chiens lui ont montré que des doses relativement faibles de novocaïne et d'adrénaline injectées dans la carotide peuvent provoquer un choc chez ces animaux. L'épinéphrine semble être la drogue la plus dangereuse.

LAUTMAN.

Choronshitsky. — Topographie et mécanisme des amygdales pharyngées.
(*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, t. LXIII, n° 10)

Il est surtout question de la capsule de l'amygdale et d'un peu d'embryologie. L'amygdale pédiculée n'a pas de capsule, toute sa surface est ouverte par les lacunes et les cryptes dont quelques-unes vont jusqu'à la base de l'amygdale. Une capsule n'existe que sur les amygdales qui ne sont pas sorties de la fosse amygdalienne. La seule façon d'enlever l'amygdale qui soit facile et non dangereuse est l'énucléation de l'amygdale avec sa capsule.

Quand l'amygdale est bien enlevée on laisse dans le fond le constricteur qui est couvert de son fascia. Dans les cas pathologiques il y a des adhérences et il est impossible de conserver cette fascie. L'amygdale canulée se trouve alors couverte de trois couches : 1° sa capsule ; 2° la fascie pharyngée interne ; 3° le tissu péri-tonsillaire lâche qui se trouve entre ces deux couches. Quant à la capsule de l'amygdale, elle l'entoure sur sa partie externe et sur sa partie supérieure où elle lui fait comme une coiffe. Latéralement avant et en arrière, la capsule n'arrive que juste au bord des piliers et encore seulement au bord de la partie musculaire du pilier. C'est la raison pour laquelle les perforations spontanées des abcès péri-tonsillaires se font à travers les piliers.

Quand on examine une coupe frontale de l'amygdale on reconnaît que l'amygdale est traversée par une couche fibreuse. On aurait tort de prendre cette couche fibreuse pour un tissu cicatriciel après inflammation. C'est au contraire un reste plus ou moins conservé d'une lame fibreuse qui a séparé primitivement l'amygdale en une partie antérieure et une partie postérieure. Grunwald qui a bien étudié l'embryologie de l'amygdale parle bien d'une couche fibreuse intra-tonsillaire, mais il s'est mépris seulement sur sa situation. Il parle de la plica transversa qui très probablement n'est rien autre que ce pli dont parle notre auteur.

LAUTMAN.

Heinz Joseph. — Sur les inclusions de cartilage et d'os dans les amygdales palatines (*Zeitschrift für Laryngol.*, vol. XIX, p. 160-177, 1930).

— **Inclusions de cartilage et d'os dans les amygdales palatines chez des frères et des sœurs** (*Zeitschrift für Laryngol.*, vol. XIX, p. 193-198 1930).

H. décrit 14 cas où on a découvert des inclusions ostéo-cartilagineuses dans des amygdales énucléées chirurgicalement. Toutes ces amygdales présentaient de l'infection chronique à un degré plus ou moins avancé. Dans 8 cas, il n'existait qu'un foyer cartilagineux isolé, dans un 9^e il y en avait deux. Dans deux autres, il y en avait plusieurs, et enfin dans les trois derniers, il y avait plusieurs foyers cartilagineux et osseux.

Heinz discute longuement la signification de ces inclusions. Trois hypothèses, correspondant probablement chacune à un certain nombre de faits ont été mises en avant.

1° Il pourrait s'agir d'un prolongement de l'apophyse styloïde ou bien d'une inclusion osseuse ou cartilagineuse dans le ligament stylo-hyoïdien. Cette hypothèse pourrait s'appliquer à certains cas spéciaux, où on trouve sur les coupes un foyer unique, rond ou ovalaire, isolé, et situé en dehors du tissu amygdalien proprement dit.

2° Les îlots cartilagineux amygdaliens peuvent être considérés comme des restes des soutiens cartilagineux de la deuxième poche branchiale, le tissu osseux s'étant développé par transformation du cartilage. Cette hypothèse expliquerait bien les constatations de Théodore, qui a observé dans les îlots l'existence de cellules cartilagineuses d'âge différencé, dont les plus anciennes se trouvaient dans les parties périphériques de l'îlot. D'autre part, Reitmann a observé des inclusions cartilagineuses sans aucune altération inflammatoire de l'amygdale, chez un fœtus, 4 nouveau-nés et 2 tout jeunes enfants. Ruckert et d'autres auteurs ont fait des constatations analogues. Ces faits parlent évidemment pour une origine fœtale.

3° Les inclusions ostéo-cartilagineuses se seraient formées par métaplasie du tissu conjonctif amygdalien. La coexistence de l'inflammation chronique de l'amygdale est très fréquente, fait d'autant plus explicable que la plupart des pièces ont été prélevées par amygdalectomie, dont l'indication avait été précisément posée à cause d'une infection

chronique. La coexistence de tuberculose amygdalienne a été souvent observée (Lubarsch). Cette hypothèse expliquerait fort bien la multiplicité fréquente des foyers, et le fait qu'en général (contrairement aux constatations isolées de Théodore) les cellules cartilagineuses les plus jeunes se trouvent à la périphérie de l'îlot, les plus anciennes au centre.

Leicher a observé trois fois des inclusions ostéo-cartilagineuses chez des frères et sœurs. Ces constatations parlent dans une certaine mesure pour l'origine fœtale de ces inclusions.

Il faut d'ailleurs remarquer que la fréquence de ces foyers ostéo-cartilagineux dans l'amygdale est inconnue. Pour la connaître, il faudrait faire des recherches méthodiques, recherches qui, pour être correctes, nécessiteraient des coupes sériées des amygdales, ce qui serait extrêmement laborieux. Deux autres méthodes peuvent donner des résultats à peu près satisfaisants :

1° On coupe les amygdales en tranches minces, et en passant délicatement le doigt sur les tranches, on arrive à sentir des rugosités qui correspondent aux îlots ostéo-cartilagineux.

2° On détermine le poids spécifique de fragments d'amygdales assez petits, mais pesant au moins 50 milligrammes, en les pesant d'abord à l'air, et ensuite dans l'eau. Les fragments ayant un poids spécifique au-dessus de 1075 contiennent de l'os ou du cartilage ossifié. La présence de cartilage non calcifié ne peut pas être reconnue par ce procédé (Leicher)

A. KLOTZ.

LARYNX TRACHÉE

F. J. Collet. — Sténose trachéale hérédosyphilitique (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juillet 1929).

L'hérédosyphilis tardive peut, indépendamment de toute localisation laryngée, se manifester par une sténose trachéale avec ses symptômes caractéristiques : toux de compression, dyspnée paroxystique sans altération de la voix pouvant en imposer pour un spasme laryngé, etc.

C'est une affection rare.

La trachéotomie, en montrant que la dyspnée est peu soulagée et qu'il ne se produit pas de bruit canulaire assure le diagnostic du siège de la lésion.

La suture trachéocutanée ou trachéostomie facilite grandement l'endoscopie et l'exérèse qui pare au danger le plus pressant. Le traitement spécifique achève la guérison.

Rebattu et Mlle Bussy. — Hémolymphangiome de la voûte palatine. (*Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon*. Séance du 10 avril 1929).

Malade de 71 ans présentant une tumeur du volume d'un œuf de pigeon située au niveau de l'union du voile membraneux et du palais osseux ; à sa partie supérieure et postérieure, se trouvait une ulcération saignante. Hémorragie récente d'un litre environ.

Intervention : après infiltration à la novocaïne, on pratiqua une incision circulaire au bistouri à 4 à 5 centimètres du point d'implantation ; on tomba sur un plan de clivage qui permit d'enlever facilement la tumeur en entier ; sutures à la soie.

Examen histologique, hémolymphangiome sans signe de malignité.

R. BERTOIN.

Bernfeld. — Myxœdème du larynx et du pharynx (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, t. LXIII, n° 4).

Le mémoire de Mann sur ce même sujet (analysé dans les *Annales*) incite Bernfeld à publier le cas suivant. Une femme de 40 ans consulte parce que dans la nuit elle a failli suffoquer. Elle raconte que la semaine auparavant elle a fait une maladie infectieuse, une grippe probablement. Depuis des années elle a des accès de raucité de la voix et des crises de suffocation qui disparaissent sans aucun traitement. Il y a quelques années elle avait de l'œdème des paupières et des pieds, de l'albumine dans les urines, mais tout cela a disparu. A l'examen, cœur, poumons, reins normaux, la peau est sèche et rugueuse sur les extrémités et la figure, tendue et blanchâtre. La pression ne laisse pas de godets. Les poils manquent sous l'aisselle et au pubis. La parole est lente, rauque, l'expression de la figure est fatiguée. Fonctions sexuelles très diminuées, les règles ont cessé depuis 18 ans. Le diagnostic clinique de myxœdème a été confirmé par le professeur Liebman de New-York. Wassermann négatif. Les cordes vocales sont normales de couleur et de mobilité, les deux apophyses aryténoïdes sont œdématisées et forment deux tumeurs surplombant les cordes vocales, les plis aryépiglottiques sont également tuméfiés, pâles et comme vitrés. La langue est épaisse, la luette œdématisée et pend entre les deux amygdales normales. Le pharynx est pâle. La pituitaire est pâle et tuméfiée. Oreilles et sinus normaux.

LAUTMAN.

Missionznik. J. — Contribution à la question des hémorragies secondaires mortelles après trachéotomie inférieure, en rapport avec la topographie du tronc artériel brachio-céphalique et de la trachée (*Zeitschrift für Laryngol.*, etc., vol. XIX, p. 198-204, 1930).

Il existe trois types topographiques du tronc artériel brachio-céphalique : la position antérieure, la position latérale et la position intermédiaire. Pour la trachéotomie inférieure, l'accès est plus facile chez l'enfant que chez l'adulte en raison de la situation haute du larynx. Les hémorragies secondaires mortelles après trachéotomie inférieure proviennent le plus souvent du tronc artériel brachio-céphalique. Elles sont dues ou à une lésion traumatique de la paroi vasculaire, ou à une escarre par suite de la pression de la canule, ou encore à de l'infection. Pour empêcher l'extension de l'infection, M. conseille de disséquer le moins possible les parties molles prétrachéales au cours de l'opération, de choisir avec soin une canule à courbure appropriée, et de décanuler aussitôt que possible dans les cas où le tronc artériel est en position antérieure.

M. rapporte le cas d'un enfant sur lequel la trachéotomie inférieure fut pratiquée à cause d'un corps étranger bronchique. Légère fièvre après l'opération. La canule fut enlevée au bout de 5 jours. 5 jours après, il y eut une hémorragie, qui d'abord s'arrêta, puis reprit et emporta l'enfant en 3 jours. A l'autopsie on découvrit qu'une ulcération de la paroi antérieure de la trachée la faisait communiquer avec le tronc brachio-céphalique en position haute et antérieure.

A. KLOTZ.

Jacod. — Soudure complète trachéo-laryngée post-diphthérique. Laryngostomie avec lambeau cutané supérieur (*Société de Médecine et des Sciences Médicales de Lyon. Séance du 19 décembre 1928*).

Il s'agit d'une fillette de 6 ans tubée et trachéotomisée qui présentait une soudure cicatricielle.

tricielle totale du larynx et de la trachée depuis les cordes vocales jusqu'à l'orifice de trachéotomie qui portait sur le premier anneau.

Afin d'éviter la fermeture précoce de l'angle supérieur de l'incision de la laryngo-fissure, l'A. eut l'idée de ménager un lambeau triangulaire de peau à base supérieure, à la hauteur du cartilage thyroïde, avant de pratiquer l'incision médiane des parties molles pré-laryngées ; ce lambeau fut rabattu, sa pointe repliée dans l'angle supérieur de la laryngo-fissure, de sorte que la commissure eut un revêtement épidermique complet et définitif.

R. BERTOIN.

Jobson Horne. — Le cancer des cordes vocales, difficultés dans le diagnostic ; erreurs dans les statistiques (*The Journal of Laryngology*, t. XLIV, décembre 1929, p. 806-811).

Il n'y a pas de maladies du larynx qui soit plus fréquemment diagnostiquée que le cancer du larynx. Parfois on diagnostique cancer là où il n'y en a pas, mais jamais, dit l'auteur, on ne voit de cancer qui n'ait pas été reconnu. Cette hantise du cancer entraîne des modifications curieuses dans les statistiques. C'est ainsi que le cancer du larynx, chez la femme, jadis considéré comme une rareté, devient aujourd'hui si fréquent que dans les plus récentes statistiques il représente 10 à 15 % de la totalité des cas. De l'avis unanime c'est la tuberculose qui peut le mieux simuler le cancer, et de nombreuses thyrotomies ont été faites alors qu'il s'agissait de tuberculose. La syphilis, presque aussi fréquemment prête aux erreurs de diagnostic, et ceci d'autant mieux que l'association cancer-syphilis est très commune. Enfin les tumeurs bénignes du larynx, papillomes de la variété « en chou fleur » prêtent aisément à confusion. Et pour peu que la biopsie soit superficielle, le microscope aussi peut fournir un diagnostic erroné de cancer. Et l'auteur en cite des exemples qui, pièces en main, furent longuement discutés à la Société Royale de Médecine.

CAUSSÉ.

Collet et Moyoux. — Périchondrite cricoïdienne. (*Sté de Médecine et de Sc. Méd. de Lyon. Séance du 27 juin 1928*).

L'observation concerne une femme de 63 ans atteinte depuis un mois de dysphagie intense et qui entre à la Clinique O. R. L. pour une dyspnée qui nécessite une trachéotomie immédiate. Au laryngoscope on constate seulement un léger œdème des aryténoïdes, surtout à gauche et des gouttières pharyngo-laryngées. Mort 2 jours après par cachexie.

A l'autopsie, on trouva au niveau du chaton cricoïdien une ulcération arrondie, à bords décollés et amincis qui venait dans une caverne à peu près vide occupée par le cartilage cricoïde nécrosé. Il s'agissait sans doute d'une périchondrite syphilitique, l'examen du reste du larynx et des autres organes étant complètement négatif.

Hutter. — Contribution à l'étude de la névralgie du laryngé supérieur (*Monatsch. f. Ohrenheilk.*, t. LXIII, n° 4).

En 1905 Boeninghaus a déjà publié sur cette affection un mémoire complet que nous avons analysé dans les *Annales*. D'autres sont depuis revenus sur la même question sans cependant se douter qu'ils avaient un prédécesseur. Comme cette affection est néanmoins encore très souvent méconnue en clinique, où elle n'est pas rare, nous allons répéter les principaux traits caractéristiques de cette névralgie. Des malades, le plus souvent des

hommes se plaignent d'une douleur dans la région latérale du larynx, irradiant quelquefois dans l'oreille et dans la nuque, quand le larynx fait un mouvement, soit pour parler, soit pour avaler, surtout la salive. En appuyant sur un point le plus souvent là où le nerf laryngé supérieur traverse la membrane hyothyroïdienne, on provoque exactement la même douleur dont se plaint le malade. Ce signe objectif est absolument nécessaire pour garantir le diagnostic. Il peut se faire que ce point ne corresponde pas exactement à l'endroit typique où le laryngé supérieur pénètre sous la muqueuse du larynx. Il peut se trouver déplacé vers le tubercule thyroïde ou vers le bord médian du muscle sterno cléido où du reste Oppenheim a déjà trouvé le point névralgique chez des tactiques faisant des crises laryngées. Boenninghaus a cru qu'il existait aussi un endroit névralgique le long du recurrent. Hutter a trouvé cet endroit rarement douloureux et il croit qu'il s'agit d'une propagation de l'hyperesthésie le long de l'anse de Gallien.

Nous insistons spécialement sur cette douleur à la pression limitée sur un seul point parce que, en son absence, on pourrait prendre pour une névralgie du nerf laryngé supérieur ce qui en réalité revient à d'autres affections dont la plus fréquente est la pharyngite latérale. Aujourd'hui, elle a cessé de jouer le grand rôle dans la pathologie du pharynx qu'elle tenait dans un temps. C'est l'amygdalite chronique qui est venue prendre sa place. Il faut par un examen minutieux exclure ces deux affections. D'autres fois il peut s'agir de deux affections combinées. Un malade peut bien avoir une amygdalite chronique et une névralgie du laryngé supérieur. Ce n'est que le traitement des deux affections qui débarrassera le malade de l'ensemble de ses ennuis. Hutter appelle l'attention sur une cause spéciale de névralgie du facial : la tonsillectomie. Il n'est pas improbable qu'une technique déficiente dans la tonsillectomie puisse laisser à sa suite entre autres ennuis cette névralgie pénible.

On a vu que l'étiologie de cette affection coïncide avec beaucoup de lésions plus ou moins banales du pharynx et du larynx. Boenninghaus croit qu'elle est consécutive à une laryngite. Halphen l'a signalée après la grippe. Hutter croit qu'elle serait la conséquence d'une pharyngite qui par le sinus piriforme atteindrait le nerf laryngé supérieur. La connaissance de l'étiologie est naturellement nécessaire pour le traitement, mais ne suffit pas. Il faut un traitement local. Celui-ci consiste en massage que le malade peut se faire lui-même, en galvanisation et les deux procédés indiqués par Boenninghaus. Depuis on a fait l'infiltration du nerf à la novocaïne, soit par voie externe, soit par voie interne en suivant le pli du nerf dans le sinus piriforme. Hutter remplace cette infiltration par un badigeonnage endo-laryngé avec une solution à 20 % de cocaïne dans de l'alcool, combinant ainsi l'action de l'alcool avec celle de la cocaïne. Le traitement par la diathermie paraît à Hutter trop long. On pourrait, nous semble-t-il, remplacer la galvanothérapie simple par l'ionisation.

LAUTMAN.

Le Gérant : Bussière.

ois
oit
la-
me
tir
y-
lé-
du
es
ar-
aa-

nt
é-
ite
nx
ce.
de
ne
ar-
é-
lé-
rie

ou
ne
ce
n-
.Il
e,
il-
bli
ge
c-
er
ai-